

La Lèpre en France

— — —
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1911

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Pierre BERTET

ELÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 25 Janvier 1888, à Orléans (Loiret)



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

—
1911

La Lèpre en France

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNEXO. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE
LÉPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophthalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Physique médicale	X.
Chimie médicale et pharmaceutique	WEIL
Chimie organique et toxicologie	POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNEXO.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	RENAUT.
Anatomie pathologique	MORAT
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P).
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	POLLOSSON (M).
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL.	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Matière médicale.	MOREAU.	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL.	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	J. LÉPINE.	LATARJET.	MOURIQUAND.
REGAUD.	LESIEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.)
COMMANDEUR.	Etienne MARTIN.	LERICHE.	GUILLEMARD.
GAYET	LAROYENNE.	THÉVENOT.	
NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	TAVERNIER.	
PATEL.	NOGIER.	CADE.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. J. COURMONT, président ; NICOLAS, assesseur ;
MM. LESIEUR et ARLOING, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

La Lèpre en France

— — — — —
THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 Décembre 1911

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Pierre BERTET

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né le 25 Janvier 1888, à Orléans (Loiret)



LYON

IMPRIMERIE DE LA « REVUE JUDICIAIRE »

23, Rue Claudia, 23

—
1911

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. COURMONT

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a dirigé dans l'exécution de ce travail ; il nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider cette thèse. Nous le prions d'agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL MARTIN

Nous avons trouvé auprès de lui le plus bienveillant et le plus affectueux accueil. Il a été pour nous, plus encore qu'un médecin dévoué, un conseiller sûr et un ami précieux. Nous ne pourrions jamais nous acquitter envers lui. Nous sommes heureux de pouvoir lui offrir, aujourd'hui, ce faible témoignage de notre respectueuse reconnaissance et de notre profond dévouement.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR LAHAUSOIS

Nous lui devons une double reconnaissance. En nous soignant avec un dévouement constant et une bienveillance que l'irritabilité de ses malades n'arrivait pas à lasser, il nous a donné la meilleure des leçons. Nous le prions respectueusement d'accepter l'expression de notre profonde gratitude

A MES MAÎTRES CIVILS ET MILITAIRES

de l'Ecole de Médecine de Poitiers,

de la Faculté de Lyon,

et de l'Ecole du Service de Santé militaire



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546716_0091

INTRODUCTION

En fait de Vérité à répandre, de misères à soulager, de maladies à combattre, le Devoir cesse là où le Pouvoir manque.

(PASTEUR).

De tous les fléaux qui se sont abattus, au cours des siècles, sur l'Humanité, le plus ancien, le plus tenace, le plus hideux, fut la lèpre.

Redoutée, à l'égal d'un châtiment divin, par tout le monde antique, elle a terrorisé le Moyen-Age. A cette époque où l'imagination, exaltée par la crainte et par la foi, prêtait une puissance mystérieuse aux forces inconnues en lutte avec l'homme, les historiens nous ont retracé, en des pages désolées, avec les couleurs les plus sombres, les ravages que faisait sur son passage la lèpre léonine.

Mais cette terreur même fut salutaire; à craindre le mal, on apprit à le combattre, et, si ceux qui en étaient atteints furent sacrifiés ainsi que des vaincus, les dirigeants de toutes les époques prirent des mesures extrêmes pour protéger leurs peuples.

Le lépreux fut banni de toutes les sociétés humaines. L'Eglise l'adoptait, mais c'était pour mieux le rayer des

virants. Hors la loi, hors le monde, le lépreux n'aurait plus qu'à s'enfermer dans le seul refuge qu'on lui laissait et où il pourrait achever de mourir, dans un isolement perpétuel.

« Bénis Dieu et meurs ! » Telle était la seule pitié qu'on pourrait lui accorder, le seul espoir qu'on pourrait, sans danger, lui laisser.

Avec de telles armes, la société triompha. Le mal diminuant — et la crainte du même coup — la pitié s'émut, et la lutte se relâcha.

Puis la notion d'une Justice plus large et les idées d'égalité sociale infiltrèrent peu à peu l'ancienne société, emportant dans la tourmente de 1789, toutes les inégalités de castes, et faisant rentrer dans la nouvelle société tous les parias.

Enfin vint l'ère des grandes découvertes scientifiques. L'ombre reculait, et, dans le champ du microscope, on contemplait, sans terreur, le germe des pires maladies.

Le bien-être social augmentait et la résistance des peuples avec lui. Plus de guerre ! plus de famine ! Qui oserait penser qu'un jour nous reverrions ces terribles épidémies ?

Et pourtant le mal n'a pas disparu : si la peste gronde au loin, si le choléra cerne nos frontières, la lèpre sommeille aux quatre coins de la France !...

Et cependant, rien n'a été fait pour défendre ce pays menacé contre une recrudescence possible du fléau.

La loi de 1902 est muette sur cette maladie, et ses auteurs en ont ignoré jusqu'au nom. Les médecins eux-mêmes en oublient l'existence.

Pour tous, la lèpre n'a plus qu'un intérêt historique.

C'est à cette erreur que nous nous sommes attaqués. C'est sur cette lèpre, « maladie de misère » comme on l'a dit, « qui doit reculer devant les progrès de l'hygiène et même disparaître entièrement des nations civilisées » (Vidal), que nous avons voulu appeler l'attention, et ce sont les règles d'hygiène sociale et les mesures de législation sanitaire, nécessaires et suffisantes pour protéger notre pays contre cette maladie, que nous avons essayé de mettre en évidence.

DÉFINITION DU SUJET

Nous ne devons avoir pour objet de nos pensées ni le vieux ni le neuf, mais le vrai.

(CL. BERNARD).

En 1898, le professeur Hallopeau, voyant passer dans son service de l'hôpital Saint-Louis, en un seul semestre, vingt lépreux, s'écriait : « Cette maladie devient donc en France même un véritable danger. »

La lèpre n'est pas une maladie nouvelle, puisque c'est, suivant l'expression du professeur Besnier, « la plus ancienne et la plus exclusivement humaine des maladies ». Partie d'Orient, comme toutes les grandes épidémies, elle gagna l'Occident, faisant son entrée dans Rome, dit-on, avec les armées de Pompée. Un siècle plus tard, elle avait envahi toute l'Europe, provoquant des mesures défensives extraordinaires. Puis, le mal sembla s'éteindre et l'oubli se fit peu à peu. Et voici qu'après trois siècles de silence, à la suite d'un cri d'alarme venu des pays scandinaves, les travaux se multiplient, remettant la lèpre en cause.

Tout au début du dix-neuvième siècle, un auteur fran-

çais, Valentin, en donne une description dans le sud de la France, à Vitrolles, sur l'étang de Berre.

Mais, c'est après la traduction des travaux de Danielsen, et surtout après la découverte de l'agent spécifique par Hansen (1874), que les études sur la lèpre vont se multiplier en France.

En 1886, paraît le traité théorique et pratique de la lèpre, de Leloir.

Deux ans plus tard, en 1888, MM. Chantemesse et Moriez rendent compte à l'Académie de médecine de leurs observations sur la lèpre, recueillies dans l'ancien comté de Nice.

Mais c'est surtout Zambaco-Pacha qui, par ses études approfondies et ses opinions personnelles sur la question, déchaîne des controverses très violentes. Il visite la Bretagne, le midi de la France, et partout il voit des lépreux. De l'année 1892 à l'année 1896, ses communications se suivent, dénonçant le mal.

Le docteur Jeanselme visite à son tour la Bretagne, mais c'est surtout dans nos colonies d'outre-mer qu'il étudie la lèpre.

En 1897, les divers auteurs qui s'occupent de la question se réunissent à Berlin et, dans « cette conférence de la lèpre », ils précisent les différents points, résolus ou non, du problème.

Enfin, dans ces dernières années, différentes thèses ont paru, parmi lesquelles il convient de citer celles de MM. Platteau, Fay, Rovey, qui ont apporté de nouvelles contributions à l'étude de la lèpre en France.

Nous nous proposons de rechercher, dans cette première partie, l'extension de la lèpre en France à notre

époque, et puisque notre pays a subi les atteintes de ce mal pendant près de dix siècles, nous étudierons, dans un premier chapitre, ce qu'a été la lèpre française au moyen-âge : ses origines, ses formes épidémiologiques, son évolution.

Dans un deuxième chapitre, nous analyserons les divers facteurs qui ont agi sur elle pour la faire disparaître ou réapparaître.

Enfin, dans un troisième chapitre, nous essaierons de préciser quel est l'état actuel de la lèpre dans notre pays : ses sources, ses foyers, sa puissance épidémique.

Dans une deuxième partie, nous verrons quelles sont les mesures qui s'imposent pour parer à ce nouveau danger, s'il existe.

PREMIÈRE PARTIE

LA LÈPRE EN FRANCE

CHAPITRE PREMIER

Introduction et établissement de la lèpre en France

§ I. — SES ORIGINES.

Les facteurs épidémiologiques. — « La lèpre vient du lépreux, c'est avec les hommes que la lèpre se déplace et c'est leurs mouvements qui règlent sa marche. » Cette phrase du professeur Besnier résume toute l'étiologie de la lèpre en France.

La lèpre existait avant l'ère chrétienne chez tous les peuples de l'antiquité, sans distinction de races, comme le voudraient certains auteurs. Les récits des voyageurs et des historiens abondent sur ce point.

Or, ces différents peuples, à l'étroit dans le monde antique, poussés, les uns par leurs instincts mercantiles, les autres par leurs instincts guerriers, vont se ruer sur le pays neuf qu'était alors la Gaule. Le plus souvent, nous assistons à un véritable établissement du vainqueur sur le territoire vaincu : les conquérants, se mélangeant à la population indigène, lui donnant leur civilisation, leurs mœurs, mais aussi lui communiquant leurs maladies, ou, au contraire, prenant les siennes. C'est ce qui se passe aujourd'hui sous nos yeux, dans les colonies européennes d'outre-mer, c'est ce qui arriva, autrefois, pour la lèpre.

Les documents historiques se rapportant à ces faits vont nous en fournir la preuve. Nous allons discuter successivement la part qui revient aux Phéniciens, aux Lombards, aux Sarrazins et aux Croisades, dans le développement de la lèpre en France.

1° *Epidémie phénicienne*. — La côte méditerranéenne était, depuis la plus haute antiquité, en relations avec l'Orient. Marseille fut colonisée par des Phéniciens et par des Phocéens, peuples infestés de lèpre. Le document le plus intéressant sur la lèpre en France est une inscription phénicienne découverte à Marseille, en 1848, et déposée au musée Borelli. Or, cette inscription a précisément trait aux lépreux. En voici la traduction, d'après M. Cazalis de Fondouce : « Tout lépreux et toute personne qui implorera les dieux et la totalité des hommes qui sacrifient... »

Il est donc indiscutable que les Phéniciens ont été la première source de la lèpre française.

Il est plus difficile de préciser quelle fut l'extension de cette épidémie phénicienne. Elle est plus considérable

qu'on ne l'admet généralement. Les Phéniciens pénétrèrent assez avant dans l'intérieur du pays. Ils occupèrent la région de Montpellier, comme le prouvent les recherches anthropologiques de M. De Lapouge, et la plupart des archéologues admet qu'ils construisirent Bordeaux. Cela nous explique que les auteurs de la fin du v^e siècle, tel que Saint-Grégoire de Tours, fissent mention de la lèpre, et que les Conciles d'Orléans, en 549, et de Lyon en 589, se soient déjà préoccupés des lépreux. L'intérieur du pays était donc déjà contaminé, avec un foyer maximum, sur la côte ligurienne, lorsque les Lombards vinrent occuper la vallée du Rhône.

2° *Epidémie lombarde*. — VII^e siècle. — La lèpre devait faire de grands ravages en Lombardie puisque le code lombard (636) est le premier code occidental qui ait réglé la situation juridique du lépreux. Lorsque les Lombards remontèrent la vallée du Rhône jusqu'à Lyon, la lèpre subit une recrudescence dans le sud-est de la France, car nous voyons des léproseries se construire à cette époque dans le Charollais et dans la Bourgogne. C'est, sans doute aussi, en raison de cette origine lombarde de la lèpre que Charlemagne, dans ses capitulaires, réédita les mesures prescrites contre les lépreux par le code de Rotharis.

3° *Epidémie sarrazine*. VIII^e siècle. — Le VIII^e siècle nous apporta une nouvelle épidémie de lèpre qui, cette fois, partit du sud-ouest.

Les sarrazins, débordant les Pyrénées, s'infiltrèrent peu à peu dans le Languedoc et le Béarn, ils s'y établirent à demeure, se fusionnant avec la population indigène et y laissant de si nombreuses traces qu'on les retrouve encore aujourd'hui. Ils s'étendirent d'ailleurs à l'est jus-

qu'aux Alpes, contaminant pour la troisième fois la côte ligurienne. On cite pour preuve de ce fait certains villages des Alpes-Maritimes qui portent encore des noms arabes, tel que celui d'Eze-Isis.

4° *Epidémie des Croisades*. XI^e et XII^e siècles. — C'est la dernière grande source de lèpre. Elle a contribué à répandre sur les points qui, jusque-là, avaient été épargnés, le mal. Les croisés atteints de lèpre revenaient en France chercher un soulagement à leurs maux; et, dans les pays qu'ils traversaient, comme dans celui où ils venaient mourir, ils semaient leur maladie. Il est certain qu'à cette époque, la lèpre subit une recrudescence effrayante.

Là encore, un document historique nous prouve la réalité et l'importance de cette source. C'est la création, à Jérusalem, en 1107, de l'ordre de Saint-Lazare destiné à soulager les lépreux. Durant toute cette période, maints actes officiels nous montrent les pouvoirs civils et ecclésiastiques préoccupés de cette lèpre. On peut fixer le XIII^e siècle comme l'époque où la maladie atteignit son acmé.

Telles furent les épidémies de lèpre qui acclimatèrent en France cette maladie. Nous allons maintenant voir quels caractères revêtit l'endémie.

§ II. — L'ENDÉMIE DE LÈPRE AU MOYEN-ÂGE

Il est difficile d'établir la carte exacte de la lèpre dans la France du moyen-âge et de dire quelle fut l'importance de l'endémie.

Néanmoins, on peut affirmer qu'elle s'est répandue dans tout le pays avec une intensité variable selon les régions,

et qu'elle a dû revêtir une virulence très grande, à en juger d'après les mesures prises pour sauvegarder les parties de la population encore saines. Qu'on ne nous objecte pas que c'était là le fait d'une terreur irraisonnée. Le Mal des Ardents ou le Mal de Saint-Guy causaient une répulsion presque égale, et pourtant on n'a jamais enfermé ces malades dans les léproseries. Nous le prouverons plus bas. Et, d'ailleurs, comment une maladie dont MM. Chantemesse et Moriez ont constaté l'épidémicité en 1888, sur la riviéra française, aurait-elle été moins virulente, à une époque où des guerres incessantes transformaient des villes entières en charniers, où la famine régnait presque chaque année, et où les prescriptions hygiéniques les plus élémentaires étaient insoupçonnées. On peut donc dire que, du VI^e au XIV^e siècle, la lèpre fut endémo-épidémique dans toute la France, avec des foyers maxima dans la région de Marseille et d'Avignon, dans le Languedoc, le Béarn, la Bretagne et à Paris. Les grandes capitales ont, en effet, été de tous temps des réservoirs de lèpre. Les lépreux sans ressources, véritables parias, traqués par la société, viennent cacher leur maladie dans les quartiers pauvres des grandes agglomérations urbaines dont ils augmentent ainsi l'insalubrité.

Nous concluons donc que la lèpre introduite dans notre pays à la faveur des « mouvements d'hommes », s'y est acclimatée et y a évolué à la manière d'une maladie endémique. Avant d'étudier son déclin, nous voulons répondre à une objection qui a été souvent formulée : Les auteurs du moyen âge, a-t-on dit, ne désignaient pas sous le nom de lèpre la maladie définie dans ses diverses manifestations par son agent spécifique que nous étudions aujour-

d'hui. Ils englobaient sous ce terme toutes les maladies à manifestations cutanées, entr'autres la syphilis. Cette objection apparue comme fondée lorsque Broca, ayant étudié les os retirés du cimetière d'une ancienne léproserie, prouva que ces os portaient des lésions anatomo-pathologiques appartenant à la syphilis. Cette opinion est partagée par Lancereaux. (Anat. Path. 1885, t. III.)

Nous ne pensons pas que l'objection ait une réelle valeur. Sans doute, dans ses formes frustres ou larvées, la lèpre a dû être souvent méconnue par les médecins du moyen âge. De plus, nous admettons que l'association des diverses entités morbides qui ont sévi à cette époque troublée a pu altérer fréquemment les types cliniques des diverses maladies; mais nous croyons pouvoir affirmer que c'était bien des lèpreux qu'on enfermait dans les léproseries. Nous en voulons pour preuves, ces procès en suspicion de lèpre dans la région d'Avignon, que M. Pansier a publiés et aussi la description de Guy de Chauliac, à la fin du XIV^e siècle, et le « Traicté de la lèpre » d'A. Paré au XVI^e siècle. Le passage d'A. Paré sur l'examen qu'on doit faire subir au patient, avant de prononcer sa séquestration, est célèbre. On y relève la description de la face glabre et immobile, de la peau épaissie, grasse (sclérodermique, dirions-nous aujourd'hui), la mention des ulcérations nasales, de la laryngite, de l'anesthésie même (contrairement à l'opinion de Fay) et des troubles trophiques :

« ... Le patient fut examiné quant à la sensibilité de ses membres, jambes et épaules, et la sensibilité fut trouvée bonne et normale... item furent palpés les muscles de ses membres, ils furent trouvés exempts d'atrophie ou d'amaigrissement et de couleur naturelle. »

Bien plus, Guy de Chauliac distingue nettement les cas où l'on a des signes de certitude (signes univoques) et ceux suspects, dirions-nous, où l'on n'a que des signes incertains (équivoques) et il recommande de suivre une conduite différente dans chaque cas. Les premiers seront internés (avec toute la douceur possible), les autres seront surveillés, c'est une véritable mise en observation, car ils doivent venir se montrer à nouveau, au médecin. C'est donc une véritable leçon de probité scientifique et de déontologie médicale que nous donne le vieux maître lyonnais. Ainsi, c'est bien la lèpre Hansenienne (la Léontiasse, d'Archigène d'Apamé, 1^{er} siècle de notre ère) qui a sévi en France tout le moyen âge et dont nous devons étudier maintenant le déclin.

§ III. — EVOLUTION DE LA LÈPRE EN FRANCE

Il serait très important de pouvoir préciser à quelle époque et jusqu'à quel point la lèpre endémique chez nous se fit de plus en plus rare au point de tomber dans l'oubli.

C'est l'édit de Louis XIV, en 1693, qui met officiellement fin à la lèpre en France. Par cet édit, il prescrivait la transformation de toutes les maladreries en établissements hospitaliers généraux « parce que, disait-il, la maladie de lèpre au soulagement de laquelle elles étaient destinées a presque entièrement cessé dans notre royaume ».

Assurément, cet acte officiel prouve clairement que la lèpre avait subi une forte diminution à la fin du XVII^e siècle. Néanmoins, il ne faudrait pas prendre au pied de la lettre les termes de cet édit. L'intérêt entra bien pour une part

dans sa promulgation. Les pouvoirs civils convoitaient, en effet, depuis longtemps, les maladreries, biens ecclésiastiques, parfois richement dotées.

Un autre élément vient obscurcir ce point d'histoire médicale, c'est la question de la « lèpre blanche ». M. Fay admet que cette lèpre blanche correspond à la lèpre anesthésique pure de Danielsen/ Mais déjà à cette époque maints bons esprits mettent en doute cette lèpre blanche. Sous la plume de Rabelais, médecin et observateur s'il en fut, « cagot » devient synonyme d'hypocrite. Dans les « Commentaires manuscrits sur les fors et coutumes du Béarn » nous lisons que les simulateurs sont condamnés au fouet « exemplairement et publiquement ». De même, Guillaume Bouchet, dans les *Serées* (1584), pose la question sans la résoudre : « Le Poitou, dit-il, n'est guère entaché de ladres, que s'il y en avoit que c'étoit ladres blancs qui ont la figure belle et que s'ils sont ladres ils le sont en dedans du corps ». Nous admettrons donc qu'à partir du xvi^e siècle, les misérables ont pris souvent le titre de lèpreux pour pouvoir mendier en toute sécurité.

Mais l'inverse également s'est produit, nous en sommes convaincus. Il suffit de jeter un coup d'œil sur la situation morale et juridique du ladre interné pour comprendre que les lèpreux riches, nobles parfois, aient cherché à cacher leur maladie.

D'autre part, à cette époque, des facteurs importants entrent en jeu qui contribuent à détourner les esprits de cette préoccupation. C'est à cette époque que s'organisa cette centralisation administrative et intellectuelle qui allait attirer à Paris toutes les forces vives du pays; et l'on conçoit très bien comment la lèpre a pu sommeiller

trois siècles au fond des provinces éloignées sans que les pouvoirs publics, ni même les médecins, y prissent garde. Puis, vint la Révolution emportant les esprits dans un nouveau tourbillon d'idées. En s'attaquant à toutes les inégalités sociales, en prenant la défense de tous les parias, elle faisait rentrer les ladres dans la société, effaçant ainsi jusqu'aux dernières traces, l'empreinte qu'avait laissée sur l'ancienne société, la lèpre.

Le xix^e siècle s'ouvrit, sur les travaux de Valentin, qui dénonçait la persistance de la lèpre à Vitrolles. Depuis, lorsqu'on a fouillé les anciens foyers de lèpre, on en a presque toujours trouvé le reliquat latent, sommeillant peut-être, non éteint. Ce sont ces foyers que nous allons maintenant étudier, comme étant la première source de lèpre dans la France actuelle; mais auparavant, étudions rapidement les principaux facteurs qui ont agi pour faire disparaître, puis réapparaître, la lèpre.

CHAPITRE II

Les causes de disparition et de réapparition de la lèpre

Nous ne voulons pas ici faire l'histoire de la lutte entreprise, au moyen âge, contre la lèpre. Nous voulons simplement grouper quelques facteurs qui nous expliqueront comment la lèpre, autrefois assez répandue pour être le cauchemar de toute une époque, s'est faite ensuite assez rare pour tomber peu à peu dans l'oubli.

Inversement nous grouperons les facteurs qui menacent de transformer la petite endémie, qui règne en France, en épidémies massives.

MM. Ehlers et Boinet classent ainsi les causes de régression de la lèpre :

D'abord, les mesures prises contre elle. L'isolement au moyen âge a certainement été efficace et il l'aurait été davantage s'il avait été pratiqué dans de meilleures conditions. C'est ensuite, la fréquence de la tuberculose chez ces malades qui diminue leur nombre assez rapidement, et dans le même ordre d'idées, la gravité chez eux des diverses maladies infectieuses.

Vient ensuite l'exode des lèpreux hors de leur pays d'origine. Ils ont conscience en effet de la crainte et de la

pitié qu'ils inspirent et ils préfèrent aller se mélanger aux foules des villes (ce qui ne fait que masquer le danger) ou même s'expatrier. Ceux qui ne peuvent pas partir s'isolent d'eux-mêmes dans une habitation écartée et n'ont guère de rapports avec la population ambiante. D'autres se suicident. Dans tous les cas, très rares sont les unions entre les familles lépreuses et les familles saines; elles existent cependant comme le prouvent les observations de MM. Chantemesse et Moriez.

A côté de ces causes individuelles interviennent des causes générales. Les progrès considérables faits par l'hygiène sociale au XIX^e siècle ont diminué les chances de contagion, non en s'attaquant au germe ou à son porteur puisque rien n'a été fait dans ce sens, du moins en France, mais en augmentant la non-réceptivité des sujets encore indemnes.

Le bien-être social a augmenté la résistance des peuples. De plus, le service militaire obligatoire, en instituant une sorte de visite médicale pour tous les hommes du pays, a permis de sélectionner les sujets atteints.

Mais inversement d'autres facteurs très importants sont intervenus (que tous les auteurs ont signalés) et qui ont pour effet de faire réapparaître les grandes épidémies de lèpre. Au premier plan, il faut placer l'expansion coloniale. Comme le professeur Jeanselme l'a démontré, l'Indo-Chine française, l'île de Madagascar, et plus près de nous l'Algérie (où la déclaration est obligatoire depuis 1898) sont infestées de lèpre. Nos nationaux, nos soldats, vont y séjourner un nombre variable d'années, puis ils rentrent en France, y apportant trop souvent le mal. Au Maroc également cette maladie sévit, et sur une armée

affaiblie par les fatigues, les privations et les fièvres, la lèpre ne pourrait-elle pas s'abattre ? Enfin, les moyens de communication multipliés à l'infini ne permettent-ils pas aux lèpreux de toutes nationalités de venir faire un séjour dans un pays tempéré dans l'espoir de voir s'améliorer leur état. En France même, les foyers que nous allons signaler ne peuvent-ils subir une recrudescence du fait de l'accroissement subit de la misère dans certaines régions. Or, qui nous assure contre la famine, qui nous garantit la paix ? Ce n'est pas sans de sérieuses raisons que le professeur Besnier écrivait en 1892 : « La question des origines et du mode de propagation de la lèpre est une des plus graves et des plus urgentes qu'ait à résoudre notre époque. En effet, la multiplication contemporaine des lèpreux, jusque dans les pays voisins, le développement de la politique coloniale en France, et l'augmentation croissante des communications internationales, donnent à cette question un intérêt particulier et immédiat. »

Ainsi, depuis bien des années, tous les auteurs qui se sont occupés de cette question ont dénoncé le danger et pourtant rien n'a été fait pour sauvegarder l'intérêt public. Nous nous proposons de montrer à nouveau avec observations à l'appui, la réalité de ce danger. Mais auparavant, nous voulons préciser ce qu'il faut entendre par les termes « lèpre autochtone » et lèpre hétérochtone » que nous allons employer. Les observations que nous allons rapporter se divisent en deux catégories. Dans un premier groupe de faits, il s'agit de sujets n'ayant jamais quitté le sol français et ayant vu évoluer une affection ressemblant en tous points à la lèpre antique. On a d'ailleurs pu, dans ces cas, mettre en évidence, soit le bacille de Hansen,

comme Zambaco-Pacha et le professeur Pitres, soit la réaction de Bordet-Gengou, comme Milian et Abrami, et l'on a l'habitude d'opposer à ces observations celles où le malade, originaire d'un pays contaminé, ou ayant été contracter la lèpre dans ces pays, vient, après coup, s'installer en France. Les premières observations sont dénommées « lèpre autochtone » et les secondes « lèpre hétérochtone ». Or, comme l'a fait remarquer le professeur Pitres, ce terme de lèpre autochtone est trop souvent compris dans le sens de lèpre spontanée et comme ayant la signification d'un phénomène atavique. Ainsi comprise, cette dénomination est fausse et dangereuse. « La lèpre vient du lèpreux comme la syphilis vient du syphilitique » (Besnier), et si les cas autochtones augmentent, c'est que le nombre des lèpreux vivant en toute liberté se multiplie et qu'ils répandent autour d'eux le bacille de Hansen et la lèpre, comme les typhiques convalescents sèment le bacille d'Ehbert et propagent la typhoïde.

Il n'y a donc pas lieu au point de vue de la prophylaxie sociale de séparer absolument ces deux catégories de faits. Cette réserve faite, nous nous conformerons à l'usage établi et nous étudierons d'abord les foyers de lèpre autochtone, puis les cas étrangers. Et puisque c'est en Bretagne que Zambaco-Pacha, le promoteur et le champion de la « lèpre nostras » a recueilli les premières observations à l'appui de sa thèse, ce sont les cas de Bretagne que nous allons étudier tout d'abord.

CHAPITRE III

La lèpre dans la France actuelle

§ I. — SES ORIGINES

A. — LÈPRE AUTOCHTONE.

1° *Lèpre en Bretagne*. — Le docteur Zambaco-Pacha, en lisant le mémoire qu'avait fait paraître Morvan (de Lannilis) dans la « Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie », en 1883, fut frappé de l'analogie qui existait entre cette parésie avec panaris analgésique des extrémités que décrivait l'auteur breton et les types de lèpre mutilante qu'il avait eu l'occasion d'observer si souvent en Orient. Il écrivit au professeur Thibierge pour lui faire partager sa conviction, mais n'ayant trouvé auprès des auteurs parisiens qu'incrédulité, il résolut d'aller visiter lui-même les malades de Morvan et il partit pour la Bretagne en 1892. A peine arrivé, à Brest même, il trouvait à l'hôpital un premier malade, Penduff, qui présentait des troubles trophiques des extrémités, avec panaris et mutilations spontanées. Zambaco-Pacha n'hésita pas à en faire un cas de lèpre. A l'hospice des vieillards de cette même

ville, il découvrit un vieillard qui présentait des lésions analogues.

La lèpre étant une maladie de misère, c'est dans les « Pardons », chez les mendiants qui affluaient dans ces foires de la Bretagne, que Zambaco-Pacha chercha des types de lèpre. Il en eut bientôt de très nombreuses observations. Voici le décompte des malades observés par lui :

A Rumengol, deux cas, dont une lèpre lazarine présentant de larges ulcères sur les membres inférieurs;

A Guingamp, un cas;

A l'hospice de Saint-Renan, un cas;

A Lanilis, chez les malades de Morvan, deux cas;

A Morlaix et dans les environs, plusieurs cas;

A Quérinou, un cas de lèpre anesthésique avec atrophie musculaire aux membres supérieurs du type Aran-Duchêne;

A la Croix de Saint-Ladre, un cas;

Au Pardon de Saint-Jean-du-Doigt, un cas également;

A Quimper, deux cas.

C'est à Auray que Zambaco-Pacha recueillit ses plus belles observations de lèpre : un cas de lèpre ichtyosique (celui du breton Hervé) et un cas de lèpre tuberculeuse. Cette dernière observation était tellement typique qu'elle « fournissait aux plus incrédules, écrit-il, la démonstration mathématique de la persistance de la lèpre autochtone en Bretagne ». C'est cette observation que nous reproduisons :

OBSERVATION I

Le lépreux tuberculeux ou phymatode que j'ai vu à Auray porte un nom que nous avons retrouvé dans l'histoire des

croisés. Je ne fais que mentionner la chose tout simplement. Il y a quatre ans, il eut un gonflement soudain de la face avec douleurs dans les membres. Peu après apparut un pemphigus aboutissant à des ulcères intarissables. Puis, des tubercules au dos des mains et à la face. Depuis deux ans, ulcère rongeur du lobule du nez qui s'affaisse. Voix enrôlée. Le 20 juin 1892, jour de notre examen, il porte de nombreux tubercules aux régions sourcillières et à leur intervalle. Des cicatrices et des ulcérations en activité résultant de la fonte des tubercules balafrent la figure. Les mains sont aussi couvertes de nombreux tubercules. Insensibilité au contact et à la piqure au côté externe du bras et des avant-bras. La sensibilité thermique y persiste. Les mains sont axphixiques et pachydermiques. Tubercules et ulcères sur les membres inférieurs.

Mais ce n'est pas tout. Après le voyage de Zambaco-Pacha, les médecins de la région qui l'avait accompagné dans ses recherches se mirent à faire des études dans ce sens et ils ne tardèrent pas à trouver, dans leur clientèle, de nouveaux cas de lèpre. Le docteur Corson, de Guingamp, écrivait à Zambaco-Pacha : « Je cherche et je trouve », et lui envoyait trois nouvelles observations de lèpre à forme mutilante. Le médecin-major de 1^{re} classe Calmette lui en communiquait une, d'un sujet de Belle-Isle. Le docteur Jardin signalait un nouveau cas à Auray. Enfin, le docteur Maréchal, de Brest, découvrit un nouveau lépreux dans cette ville.

Cette dernière observation du docteur Maréchal est très importante. Elle répond, en effet, à une objection qu'on a faite à Zambaco-Pacha. Certains auteurs parisiens qui n'admettaient pas, en effet, les conceptions de ce léprologue, avaient objecté que toutes ces observations si démonstratives au point de vue clinique, étaient nulles, cependant, en l'absence du contrôle bactériologique. C'est le

bacille de Hansen qui fait la lèpre et non la lésion, disaient-ils, et en principe ils avaient raison. Or, Zambaco-Pacha a demandé au docteur Maréchal de pratiquer une biopsie chez son malade. La pièce fut examinée par le professeur Straus qui mit en évidence le bacille de Hansen, et Zambaco ajoute : « Comment a-t-on pu me faire le reproche de négliger l'examen bactériologique, à moi qui ai fait rechercher le bacille jusque dans la peau des pharaons ? »

Les auteurs qui ont le plus discuté les conclusions de Zambaco-Pacha sont les docteurs Hallopeau et Jeanselme. En 1894, M. Jeanselme partait à son tour pour la Bretagne, mais il ne crut pas devoir admettre l'interprétation de Zambaco-Pacha. En particulier, pour les malades de Morvan, il ne trouva pas le bacille dans les lésions et il conclut à une maladie primitive ne rentrant pas dans le cadre de la léprose. Et pourtant le professeur Jeanselme a écrit lui-même que le bacille ne se trouve pas toujours chez les lèpreux (surtout dans les formes trophoneurotiques), et qu'en dehors des poussées aiguës, il est souvent impossible de le mettre en évidence. C'est ce qui se produisit pour le malade de Du Castel où les lèprologues tures affirmèrent le diagnostic trois ans avant qu'on put mettre en évidence l'agent spécifique.

Plus près de nous, en 1897, de nouvelles observations de lèpre autochtone bretonne ont été recueillies à Paris même. La première est due à M. Hallopeau. Le 22 février entra à l'hôpital Saint-Louis une femme âgée de 25 ans, originaire de Ploerneuf, en Bretagne. Cette femme n'avait jamais quitté son pays que pour venir à Paris. Or, l'examen clinique montra qu'il s'agissait de lèpre. Une observation semblable fut publiée la même année par MM. Long

et Valency. Il s'agissait d'un breton, âgé de 31 ans, n'ayant jamais quitté la France, et qui entra à l'hôpital Lari-boisière, pour un accident. Or, ce malade présentait des lésions cutanées. A l'examen on découvrit des troubles nerveux et l'examen bactériologique montra la présence du bacille de Hansen. Or, cet homme n'aurait pu se contaminer qu'à l'hôpital de Picaudville où il avait fait un séjour antérieur, mais le médecin de cet hôpital affirma n'avoir jamais eu de cas de lèpre.

Enfin, le professeur Hallopeau, après avoir combattu les idées de Zambaco-Pacha, revenait lui-même sur cette question en 1905. Il attirait l'attention, dans les « Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie », sur le foyer lèpreux des environs de Guingamp. De nouveaux cas avaient été, en effet, dûment constatés.

En résumé, au cours de son rapide voyage en Bretagne, Zambaco-Pacha a pu observer plus de vingt-cinq cas de lèpre, sur des sujets n'ayant jamais quitté la France, et n'ayant jamais été en contact avec les « Islandais ». C'est, en effet, une seconde objection qui a été faite à Zambaco-Pacha, elle a été formulée par le docteur Ehlers (de Copenhague). Cet auteur reconnaît qu'il s'agit bien de lèpre, mais c'est sur l'origine qu'il discute. Au lieu d'y voir comme Zambaco, la persistance de la lèpre française du moyen âge, il prétend qu'il s'agit de sujets contaminés en Islande, lors des pêcheries annuelles, ou par des marins revenant de ces pays. A dire vrai, cette objection de détail est insoluble. On ne peut jamais affirmer, comme le dit le docteur Ehlers, qu'un sujet n'a pas été en contact avec un lèpreux. Cependant, comme cette explication ne vaudrait que pour le foyer breton, et nullement pour les autres

foyers que nous décrirons, nous croyons ne pas devoir admettre l'explication de l'auteur danois. Nous concluons donc avec Zambaco-Pacha, que la lèpre existe en Bretagne, qu'à côté des cas typiques, il y a des cas légers, frustres, mais qui se relient les uns aux autres par une transition insensible, et qu'enfin le syndrome décrit par Morvan rentre dans la majorité des cas dans le grand cadre de la lèpre.

Avant d'étudier les foyers du sud-ouest, nous allons étudier les travaux ayant trait à la lèpre dans la Normandie et dans le nord de la France.

2° *Lèpre en Normandie.* — Le docteur Du Castel présentait, en 1891, à la Société de Dermatologie, une malade née à Dieppe et n'ayant jamais quitté la France, qui présentait une éruption érythémateuse abondante. MM. Zambaco-Pacha et Bruno-Chaves qui étaient présents, firent le diagnostic de lèpre. Mais l'examen bactériologique du liquide d'un vésicatoire (procédé de Kalindero) fut négatif. Or, en 1895, M. du Castel présentait à nouveau à cette société sa malade. L'affection avait évolué et présentait, au point de vue clinique, un syndrome correspondant à peu près à la syringomyélie. M. Darier fit l'examen bactériologique d'un fragment de peau enlevé par biopsie et il constata la présence du bacille de Hansen. C'était donc bien un cas indubitable de « lèpre nostras » apparu en Normandie.

3° *Lèpre dans le Nord.* — La région du nord et la région parisienne ont été étudiées au point de vue de la lèpre autochtone par Leloir. En 1893, un an après les communications de Zambaco-Pacha, sur les lépreux de Bretagne, Leloir, en réclamant la priorité pour cette conception de

la persistance de la lèpre en France, adressa à l'Académie de Médecine un mémoire documenté sur des cas difficiles qu'il avait observés dans le nord de la France. Il rapportait cinq observations dont la première, remontant à 1881, avait trait à une jeune fille de Paris. L'observation résumée s'exprimait ainsi :

Gangrène multiple de la peau chez une jeune fille de 18 ans. Début de la lésion cutanée par des sensations douloureuses au niveau des points limités de la peau. Anesthésie où apparaît la plaque de sphacèle. Plaques de sphacèle d'aspect parcheminé. Ulcérations consécutives. Pas d'altération appréciable de l'état général. Début de la maladie il y a trois ans.

Le docteur Poncet (de Cluny) qui l'avait vue antérieurement, avait porté le diagnostic de lèpre lazarine. Mais Leloir, en l'absence de la démonstration bactériologique, n'osa pas affirmer le diagnostic. Il eut, par la suite, l'occasion de constater des symptômes analogues chez des sujets du Pas-de-Calais et des Ardennes. Ne sachant dans quel cadre nosographique classer ces types cliniques, il se tira de la difficulté en créant un terme nouveau et il les désigna sous la rubrique de « Trophonévrose léproïde ». Tous les médecins des pays à lèpre qui virent ces malades affirmèrent le diagnostic (Zambaco-Pacha, docteur Thaon, de Nice). Leloir, tout en reconnaissant la similitude absolue des lésions et même de la marche de l'affection avec la lèpre, ne conclut pas d'une manière positive à l'existence de cette maladie chez ces sujets. Il fit remarquer que le diagnostic de lèpre, comme il l'avait écrit dès 1886, était souvent chose fort difficile, pour ne pas dire impossible, et il terminait en disant : « Comme je l'ai montré pour la

région du Nord, comme Zambaco l'a montré pour la Bretagne, il existe en France des malades atteints d'affections inconnues, rappelant au plus haut degré la lèpre. Il est possible que nous soyons dans ces cas en présence des vestiges plus ou moins dégénérés de l'ancienne lèpre qui avait envahi toute la France et l'Europe au moyen-âge ».

4° *La lèpre en Gironde.* — La Gironde n'est guère entachée de lèpre, pour reprendre l'expression de Guillaume Bouchet, et si, en 1902, à la Société de Médecine de Bordeaux, le professeur Pitres a pu apporter une statistique de 30 cas recueillis en moins de vingt ans, il faut remarquer qu'il s'agissait surtout de cas étrangers ; Bordeaux étant le port où débarquent les navires venant de l'Amérique latine. Nous retrouverons ces cas plus loin. Néanmoins, ces trente observations ne provenaient pas toutes de malades étrangers. La première observation de lèpre autochtone fut recueillie par le professeur Pitres en 1892. Il avait alors dans son service un malade né en France et n'ayant jamais été à l'étranger, chez lequel il porta le diagnostic de syringomyélie. M. Sabrazès, interne du service, ayant fait l'examen bactériologique d'un fragment biopsié, découvrit le bacille de Hansen, la lèpre était donc indéniable. Vers la même époque, le professeur Pitres eut l'occasion d'observer un autre cas de lèpre autochtone chez une femme n'ayant jamais voyagé à l'étranger. L'examen bactériologique n'a pu être fait, mais la maladie a été diagnostiquée par le professeur Pitres et le professeur Hardy. L'évolution est absolument typique comme le prouve l'observation.

OBSERVATION II

Mme X..., âgée de 25 ans, n'a jamais quitté la France et n'a jamais été en rapport avec des lépreux étrangers. Elle a une sœur plus jeune et un frère plus âgé qu'elle, qui sont, tous deux, en bonne santé. Son père, Français, employé dans une grande administration de l'Etat, a fait toute sa carrière à Marseille d'abord, puis à Bordeaux. Il est bien portant. Sa mère, Française elle aussi, est encore vivante et jouit d'une bonne santé.

Mme X... n'a rien présenté de particulier dans son enfance et son adolescence. Elle s'est mariée en 1885, à l'âge de 22 ans, et a eu un enfant un an après son mariage. Pendant l'allaitement de cet enfant, elle vit apparaître sur le tronc et sur le visage des taches brunâtres qui résistèrent au traitement qu'on leur opposa, et dont la persistance finit par l'inquiéter. Elle alla consulter le professeur Hardy qui déclara, dans une consultation écrite, qu'il s'agissait de lèpre.

Mme X... revint à Bordeaux. Quelques mois après, elle eut un érysipèle de la face, et, pendant cet érysipèle, des bulles qui ne devaient plus se cicatriser apparurent sur le visage. De gros tubercules se développèrent sur son nez, ses lèvres, sa langue. Elle mourut en 1890. Son mari, qui s'était remarié en 1892, et son enfant n'ont jamais cessé de jouir d'une santé parfaite.

Le professeur Pitres écrivit alors à ses confrères, exerçant dans les environs de Bordeaux, pour leur demander s'ils avaient des cas de lèpre, dans leur clientèle. Or, plusieurs firent une réponse affirmative. Le docteur Brethenoux signalait un cas de lèpre authentique dans le village de Rions. De plus, il soignait, dans sa clientèle, des malades atteints de panaris « bizarres » qu'il rapportait à la maladie de Morvan.

Le docteur Lacayre (de Nérigeau) avait observé un cas de lèpre chez une vieille femme de 62 ans.

Enfin, le docteur Ferré (de Saint-Macaire) soignait deux

cas très caractérisés de lèpre : un dans le Haut-Barsac, l'autre à Saint-Macaire même.

Le professeur Pitres réunissait donc, au moins, six nouvelles observations de lèpre autochtone appartenant à la région de Bordeaux. Est-il besoin d'ajouter, comme il le fait remarquer lui-même, que dans bien des cas on ne porte pas ce diagnostic en raison de ce seul fait que les malades n'ont jamais quitté la France, et qu'on les classe dans une des catégories suivantes : Synringomyélie, Panaris de Morvan, Sclérodémie, etc...

5° *La lèpre dans le Sud-Ouest.*— Les travaux sur la lèpre dans le Sud-Ouest ne manquent pas. Cette région qui correspond au versant français des Pyrénées, pleine encore des souvenirs de l'invasion arabe, est habitée par une race trop curieuse pour n'avoir pas attiré l'attention des observateurs.

Les docteurs Magitot, Zambaco-Pacha et, plus récemment M. Fay, ont étudié les « cagots » du Béarn et de la Navarre.

Le docteur Magitot a, le premier, décrit cette déformation si singulière des ongles de ces cagots, sans d'ailleurs avoir aucune idée préconçue sur l'origine de ces troubles trophiques. Il les a appelés « ongles carcoïls » (pyramidaux). Zambaco-Pacha, continuant son enquête sur la lèpre française, visita ces pays en 1893, en accompagnant les médecins du pays dans leurs tournées, il examina les principales familles réputées cagotes. Enfin, M. Fay, se plaçant à un point de vue surtout historique, a écrit l'histoire de ces familles bizarres, y voyant les descendants dégénérés des anciens lépreux arabes. Si Zambaco fait rentrer la cagoterie dans la léprose, M. Fay y voit plutôt

une sorte de dystrophie héréditaire causée par l'infection ancestrale.

Au point de vue historique, nous admettrons avec le docteur Fay que les cagots représentent les descendants des lèpreux. Or, nous savons que l'hérédité de la lèpre, comme celle de la tuberculose, n'est pas une hérédité de graine, mais de terrain, et que l'hérédité se ramène presque toujours à une contagion familiale. Aussi il est possible que certains cagots fussent réellement sains et qu'ils eurent raison de protester, en 1552, contre les préjugés qui les reléguaient hors de la société. Mais il est aussi probable que d'autres, contaminés par leurs ascendants, étaient de véritables lèpreux.

Qu'est-ce qu'il en est aujourd'hui, c'est ce que l'analyse des observations publiées va nous apprendre. Ce qui frappe, tout d'abord, à la lecture de ces observations c'est le nombre considérable de mutilations portant sur les extrémités digitales, que présentent ces sujets. Si Morvan avait exercé en Béarn, il est très probable qu'il eut fait des observations en tout analogues à celles qu'il fit à Lanilis. Un seul caractère est un peu spécial, c'est la déformation de l'ongle : il se recourbe, se bombe, puis s'accroît à sa face dorsale, en prenant la forme d'une pyramide. On l'attribue généralement à l'influence des eaux salines de cette région. Néanmoins, on l'a retrouvée sur un moulage d'une main de lèpre typique appartenant au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Avec Zambaco-Pacha nous classerons les différents faits observés dans cette région en deux catégories : ceux qui imposent la conviction et ceux qui ne sont que suspects. Dans les premiers, il s'agit de sujets présentant tous les

signes de la lèpre anesthésique à forme mutilante de Danielsen et aboutissant à cette exérèse des extrémités digitales qui transforme le membre supérieur en « patte de phoque » suivant l'expression de l'auteur norvégien. Ces cas existent en Béarn et le foyer le plus important semble être Bagnères-de-Bigorre. Nous reproduisons l'observation d'un malade du docteur Cazalas qui est démonstrative :

OBSERVATION III

Il s'agit d'un homme de 59 ans, né, ainsi que son père, à Cieutat ; sa mère était de Bagnères. Comptable de son état, il eut son premier panaris douloureux en 1888, à l'annulaire droit. Durée : onze mois. Mutilation du doigt. Un an après, même processus au médius du même côté. Durée : six mois. Mutilation. En 1892, nouveau panaris au médius droit, indolore comme le précédent. Il y a dix mois, onyxis de l'index droit, avec chute de l'ongle qui repoussa difforme. Il y a neuf mois, panaris de l'annulaire gauche. Lors de mon examen, l'annulaire gauche est rétracté et ne garde qu'un vestige d'ongle. L'index a perdu la moitié de sa phalangette. Ongle épaissi en griffe. L'ongle du médius est épaissi et crochu ; il éprouva cette altération trophique sans tomber. Annulaire droit boudiné, raccourci en crochet. Sa phalangette est réduite au volume d'un pois. Phalange en partie résorbée. Le médius droit ne conserve que la moitié de sa phalangette. Sensibilité au contact émoussée sur l'avant-bras et la main gauches surtout. Analgésie complète. Termanesthésie. Diminution de la force des mains. X. n'apprécie pas la nature des tissus. Douleurs, engourdissements, fourmillements dans les membres. Frissons fréquents. Muscles thénars et hypothénars très atrophiés à droite. Cette main est presque toujours froide et bleue. Ses nerfs cubitaux sont très renflés avec deux nodosités chacun, au-dessus des épitrochlées. Engelures une grande partie de l'année aux mains et aux pieds. Ulcérations en ce moment sur le dos des orteils gauches depuis des semaines. Système pileux intact. Ozène. Ulcération des fosses nasales.

A côté de ces faits « univoques », comme aurait dit Guy de Chauliac, il y en a d'autres beaucoup plus nombreux qui sont d'une interprétation plus délicate. Il s'agit des vrais cagots : on entend sous ce terme des individus présentant des troubles trophiques localisés aux extrémités digitales et frappant électivement les ongles, sans troubles nerveux appréciables et sans lésions cutanées. Le plus souvent, ils ont de la rhinite chronique. Ces lésions se reproduisent, d'ailleurs, sur presque tous les membres d'une même famille, mais non forcément chez tous, comme le prouvent les observations de MM. Zambaco et Fay. Ces familles se différencient donc par des caractères extérieurs indiscutables « la lèpre se reconnaît jusqu'au bout des doigts » disait une vieille chanson, et les populations voisines connaissent bien ces familles de cagots si nombreuses à Salies-de-Béarn, à Escos, Orthez, Saint-Palais, Argelès, Oloron et Bagnères de Bigorre. Il est difficile de classer ces faits et de dire s'ils appartiennent à la lèpre, comme le veut Zambaco, ou à la paralèprose, comme le prétend Roger. En l'absence de constatation bactériologique, nous croyons que, seules, les réactions humorales (agglutination, déviation du complément) qui ont été appliquées à la lèpre par Eitner, Gaucher, etc..., nous donneront la solution du problème.

A cette région du Sud-Ouest nous rattacherons les cas de lèpre autochtone qui ont été signalés par les médecins de Toulouse et de Montpellier.

M. le professeur Caubet, doyen de la première de ces Facultés, en 1893, montra à Zambaco une malade qui présentait une asphyxie symétrique des extrémités, très prononcée. Le docteur Chabaud qui avait vu, le premier, cette

malade, n'avait pas porté de diagnostic étiologique. Il avait, d'ailleurs, dans sa clientèle, un second cas analogue. Le docteur Basset signala une malade née à Toulouse et qui présentait les troubles nerveux de la lèpre. Elle avait eu de nombreux panaris indolores ; ses mains étaient mutilées et sa peau écailleuse, insensible, ulcérée par places. La malade mourut au moment où l'on allait pratiquer une biopsie. Enfin, un médecin soignait en ville un cas de lèpre tuberculeuse autochtone indiscutable. La condition sociale de cette malade ne permettait pas qu'on en publiât l'observation.

A Montpellier, le professeur Grasset a cité le cas d'un malade, né dans cette région, et chez qui il fit le diagnostic de « lèpre tuberculeuse nostras ».

En outre, il eut l'occasion d'observer plusieurs cas de sclérodermie et de maladie de Morvan. M. Grasset admettait, dans une communication à l'Association Française pour l'avancement des Sciences, que la sclérodermie, conformément à l'opinion de Zambaco, rentrait dans la léprose.

Nous concluons donc que la lèpre s'est perpétuée dans le sud-ouest de la France, donnant lieu à des types cliniques d'intensité variable, depuis les cas les plus frustes jusqu'aux formes les mieux caractérisées.

6° *Lèpre dans l'ancien Comté de Nice.* — C'est dans la région de l'étang de Berre, à Vitrolles, que Valentin, tout au début du XIX^e siècle, signala le premier la persistance de la lèpre en France. Dans un rapport à l'Académie de Marseille, il relatait que « la lèpre existait depuis un temps immémorial à Vitrolles et que personne n'en avait eu cure avant lui ! » Et il signalait six cas de lèpre autoch-

lone, dont trois formes tuberculeuses et trois formes squameuses (trophoneurotiques des auteurs actuels). Ce premier cri d'alarme resta sans écho, et il faut arriver à 1888 pour trouver un nouveau mémoire sur la question dû à MM. Chantemesse et Moriez. Ce foyer fut étudié à nouveau en 1893, par Zambaco-Pacha. L'étude en fut continuée par le docteur Balestre, de Nice, en 1895, et, plus près de nous, en 1902, par MM. Ehlers de Copenhague, et Boinet, de Marseille.

Nous n'analyserons pas ici le mémoire de MM. Chantemesse et Moriez, nous réservant de le faire au moment où nous étudierons la façon dont se comporte, au point de vue épidémiologique, la lèpre française actuelle.

Pour le moment, nous nous contenterons d'étudier les travaux statistiques et d'analyser les observations signalées en France. Le nombre de ces cas en est considérable si l'on songe qu'en 1852, une véritable razzia fut exécutée sur l'ordre du gouvernement sarde et qu'on interna, à cette époque, tous les lépreux rencontrés, à la léproserie de San-Remo. Or, l'enquête officielle faite en 1894-95, par le médecin des épidémies, dans l'arrondissement de Nice, accusait vingt-un cas. Mais quelle valeur faut-il attribuer à ce chiffre ? Beaucoup de ces régions arriérées et pauvres, n'ont pas de médecins, et tous les médecins savent-ils diagnostiquer la lèpre ? En 1904, dans sa thèse, M. Roverly, admettait que le département des Alpes-Maritimes comptait environ quarante cas de lèpre autochtone. En 1902, l'enquête faite par MM. Ehlers et Boinet accusait soixante-quatre cas, dont sept à Nice et sept également à Berre ; les autres localités les plus atteintes étant Eze-Isis, Roquebrune, Tourette-Levens et la Turbie. Ces chiffres un peu

contradictaires prouvent bien quelles difficultés comportent ces enquêtes, officielles ou non, et qui demandent le plus souvent des spécialistes. S'ils étaient exacts, il faudrait admettre un accroissement assez rapide de ce foyer.

Ce qui est certain, c'est qu'il s'agit bien de la lèpre antique, unique sous toutes ses formes, et définie par son agent spécifique. Cette démonstration bactériologique que l'on a si souvent demandée à Zambaco-Pacha a été fournie à plusieurs reprises pour les malades de cette région. En 1888, MM. Chantemesse et Roux examinèrent, à l'Institut Pasteur, un fragment biopsié, et le bacille de Hansen fut constaté. En 1904, MM. P. Courmont et Rovéry firent également plusieurs examens positifs. Enfin, cette preuve bactériologique a été fournie pour les malades de cette région hospitalisée dans les hôpitaux de Paris et de Lyon. Le professeur Hallopeau a, en effet, observé, à l'hôpital Saint-Louis, depuis l'année 1870, quatre malades de cette région, et toujours l'examen fut positif. A Lyon, MM. Jourdanet, chef de clinique du professeur Gayet, et Seu de Rouville, ont publié l'observation d'une malade de Tourrette-Lévens, qui présentait des lésions indubitables de lèpre et chez qui le bacille de Hansen fut constaté.

Voici donc un foyer où la lèpre, assez abondante, n'est discutée par personne.

7° *La Lèpre dans le Centre.* — On ne peut pas dire qu'il y ait dans le Massif Central, ni dans les diverses contrées du centre de la France, des foyers de lèpre, comparables à ceux que nous venons d'étudier en Bretagne ou dans le Comté de Nice. Néanmoins, divers auteurs ont signalé, à plusieurs reprises, des cas isolés, sporadiques, de lèpre autochtone observés dans les diverses régions du

centre de la France. L'importance de la constatation effective de ces cas est grande, comme le fait remarquer le professeur Jaboulay, car c'est, par hasard, qu'on les a découverts; et une enquête approfondie remontant à leur origine nous apprendrait, sans aucune doute, une plus grande fréquence de ces faits. Nous allons analyser rapidement les observations rapportées, nous réservant d'insister sur les plus démonstratives.

Le Cantal nous offre un cas publié en 1909 par M. Milian. Le diagnostic clinique était le suivant :

Un cas type de syndrome syringomyélique à forme spasmodique avec troubles trophiques graves ayant amené une véritable mutilation des doigts.

Des macules érythémateuses cutanées ayant fait naître un soupçon, M. Abrami fit la réaction de Bordet-Gengou sur la déviation du complément et démontra l'origine lépreuse de l'affection. L'Ardèche fournit une observation recueillie à Lyon, dans le service du professeur Gayet. La malade venait consulter pour des lésions oculaires et c'est par hasard qu'on découvrit qu'il s'agissait de lèpre. Malheureusement, si l'observation ne mentionne pas de séjour aux pays lépreux, elle n'affirme pas non plus que la malade soit toujours restée en France. L'examen bactériologique fut positif.

A Vichy, le professeur Poncet (de Cluny), dont tout le monde reconnaît la compétence en matière de lèpre, a publié le cas d'un malade de 47 ans, n'ayant jamais quitté la région de l'Allier, et qui présentait une lèpre indéniable. Voici cette observation :

OBSERVATION IV.

Sujet bien constitué. Accès de fièvre depuis l'âge de 3 ans. Dès l'enfance, les mains ont commencé à se déformer. Actuellement l'index est raccourci, distordu. Les tibias offrent une dépression régulière de dix centimètres de long sur trois de profondeur, à la place de la tubérosité antérieure. Au centre de cette dépression est une production cornée adhérente. Le pouce aussi se recroqueville de plus en plus, sans suppuration. Sensibilité normale. Accès de fièvre de temps en temps, non influencée par la quinine. Ainsi le malade a perdu plusieurs phalanges sans qu'on sache comment et une partie de ses tibias et de ses cubitus par résorption. Il n'est ni scrofuleux, ni syphilitique. Ses nerfs cubitaux ne sont pas engorgés. Il ne consent pas à se laisser pratiquer une biopsie.

Le docteur Poncet ajoute que la lèpre seule répond à de telles singularités, d'autant plus que la fièvre accompagne presque toujours les poussées de l'affection.

Une autre observation se rapporte à la Sologne. Le malade a été vu par Charcot. On a successivement posé les diagnostics de syringomyélie, de panaris de Morvan, pour enfin aboutir à celui de lèpre. L'examen bactériologique a été pratiqué par le professeur Straus.

Dans la région de Lyon, nous n'avons trouvé aucun cas de lèpre autochtone. Les observations qui ont été publiées par les auteurs lyonnais se rapportent à des malades venus d'ailleurs. Comme cette observation de MM. Jourdanet et Seu de Rouville dont nous avons parlé, comme aussi l'observation d'un malade du Jura, publiée par M. le professeur Jaboulay, en 1901, et dont nous allons maintenant nous occuper.

8° *Lèpre autochtone dans l'Est.* — Trois cas de lèpre ont été signalés dans ces dernières années, comme appa-

raissant chez des sujets habitant l'Est de la France. La première se rapporte à un malade du Jura, les deux autres à des sujets originaires des Vosges.

C'est le professeur Jaboulay qui a publié la première de ces observations. Ce malade était entré dans son service pour une affection, dite chirurgicale. Cet homme, âgé de 34 ans, présentait la déformation connue sous le nom de « griffe cubitale », il avait toujours habité Poligny (Jura). Or, en examinant ce malade, pour découvrir le *primum movens* de la lésion, M. Jaboulay fut frappé de l'aspect brunâtre des téguments et de l'œdème éléphantiasique des membres inférieurs. M. Jaboulay pensa alors à la lèpre, et il rapprocha de ce malade un cas qu'il avait vu antérieurement dans un service de chirurgie où l'on était fort embarrassé pour l'étiqueter. Et M. Jaboulay conclut : « C'était deux cas de lèpre tuberculeuse à sa période érythémateuse de formation », et il ajoute : « La lèpre n'est pas aussi rare en France qu'on l'a dit jusqu'ici. Je crois, au contraire, qu'elle y est fréquente à l'état sporadique et disséminé, mais qu'on ne sait pas assez la dépister, parce que ses formes sont multiples et parce qu'elles changent considérablement de caractère aux différentes périodes de l'évolution du mal. »

Bonnet (de Lyon) répétait souvent : « Pour faire un diagnostic, il faut y penser », et l'on ne pense pas, en France, à la lèpre.

Quand nous aurons signalé les deux cas se rapportant à des sujets des Vosges, publiés, la même année, par MM. Bernheim et Etienne, cas où malheureusement la démonstration bactériologique n'a pas été faite, et le cas publié par M. Bérillon, à l'Association Française pour

l'Avancement des Sciences, en 1893, nous en aurons fini avec cette source intérieure, peut-on dire, de lèpre dans notre pays.

C'est donc cent quarante-cinq observations de lèpre autochtone que nous avons relevées dans les travaux publiés dans ces vingt dernières années, mais est-il besoin de faire remarquer que la valeur numérique de cette statistique est nulle et que c'est surtout en matière d'infections étudiées au point de vue épidémiologique qu'il faut peser les observations et non pas les compter.

Il nous faut maintenant voir quelle est l'importance de la seconde source de lèpre en France, c'est-à-dire étudier la lèpre hétérochtone.

B. — LÈPRE HÉTÉROCHTONE.

Si l'on avait pu s'illusionner sur le degré de la disparition de la lèpre autochtone, de semblables illusions n'ont pas été possibles en ce qui concerne la lèpre hétérochtone. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont signalé cette véritable invasion de lèpre, qui va croissant chaque année et qui est si manifeste dans les grands ports de mer. Nous avons rappelé au début de notre travail la phrase du professeur Hallopeau, considérant cette immigration lépreuse comme un véritable danger. Nous aurons l'occasion de constater que tous les spécialistes appelés à voir ces malades ont constaté la même progression du fléau.

Nous ne reviendrons pas sur les causes de cet accroissement de la lèpre dans notre pays. Nous les avons indiquées dans notre deuxième chapitre. Mais, de ce seul fait qu'il s'agit de cas exogènes, importés par des voyageurs venus

des cinq parties du monde, il est facile de concevoir que nous trouverons ces cas hétérochtones, non plus au fond des provinces les plus reculées et les plus arriérées, mais dans les grands ports et au cœur même des plus grandes villes. C'est donc la statistique des ports de mer que nous allons tout d'abord consulter, puis nous étudierons la lèpre à Paris, et enfin dans les autres villes de France.

1^o *La lèpre dans les ports de mer.* — Le premier port où nous pourrions étudier ce « mouvement » de la lèpre est Bordeaux. Nous aurions désiré avoir une statistique des cas constatés au Havre; malheureusement nous n'avons pas trouvé de documents sur ce point. Bordeaux est le port français qui entretient les relations commerciales les plus suivies avec l'Amérique du Sud. Or, le Brésil et la République Argentine paient un lourd tribut à la lèpre. Nous pouvons donc, *a priori*, prévoir que de nombreux cas de lèpre seront signalés par les médecins de Bordeaux. Effectivement, en 1902, à la Société de Médecine de Bordeaux, le professeur Pitres apportait une statistique personnelle de vingt-six cas de lèpre hétérochtone. Est-il besoin de faire remarquer que ces statistiques sont toujours inexactes et le plus souvent au-dessous de la réalité. En effet, lorsqu'un lépreux débarque dans un port français, trois cas peuvent se produire. Ou bien, le malade connaissant son état, n'est pas en poussée aiguë et alors il ne consulte personne; ou bien le malade consulte pour un symptôme qui le gêne particulièrement : en général des troubles oculaires; et là encore souvent le diagnostic n'est pas fait : on pose celui d'iritis ou de kératite, sans rapporter ces lésions à leur véritable cause. Ou bien, enfin, le malade, connaissant ou non, le mal dont il est atteint,

consulte pour une poussée aiguë de lèpre tuberculeuse mixte et le plus souvent le diagnostic de lèpre est posé. Il y aurait donc à peine le tiers des cas qui seraient vus par le médecin spécialiste.

A Marseille, les auteurs étaient peut-être mieux placés pour diagnostiquer la lèpre, puisqu'ils l'avaient sous les yeux, mais il ne paraît pas qu'on se soit beaucoup occupé de la question. La seule statistique publiée est celle du docteur Perrin qui, il y a déjà plus de dix ans, relatait onze cas de lèpre, dont neuf observés par lui en moins d'un an. Ces cas provenaient d'Algérie, d'Asie et aussi d'Italie. La riviéra italienne qui fait suite à la riviéra française étant encore plus contaminée que cette dernière. Tous ces cas vérifiés par l'examen bactériologique sont indiscutables. Or, ces chiffres représentant la statistique d'un seul auteur, sont considérables si l'on songe que la lèpre, « maladie à évolution lente et paroystique » selon la définition du professeur Jeanselme, ne conduit que rarement le sujet qui en est atteint chez le médecin, du moins jusqu'à une évolution très prononcée de la maladie.

2° *Lèpre à Paris.* — C'est à Paris qu'est le foyer le plus important de lépreux. Ils y sont attirés par des considérations diverses. Les uns y viennent consulter les médecins en renom. C'est ainsi qu'un de nos malades, après avoir vu un médecin du Havre, qui avait fait sur lui le diagnostic de syphilis, vint à Paris consulter le docteur Hallopeau. D'autres, sans ressources, viennent y cacher leur maladie et y abriter leur misère. Ce sont de véritables foules qui s'entassent dans les capitales modernes. Paris renferme des colonies d'italiens, de tures, d'espagnols, de japonais, etc..., vivant à l'étroit dans les quartiers pau-

vres de la ville, où ils conservent trop souvent leurs habitudes nationales, contemptrices de l'hygiène moderne. L'on comprend quel danger font courir aux grandes agglomérations urbaines ces colonies qu'elles abritent, sans même le savoir, et qui sont comme autant de foyers couvant les épidémies futures.

Les registres de l'hôpital Saint-Louis nous renseignent sur l'accroissement de la lèpre à Paris, du moins dans les classes pauvres. De 1860 à 1871, le nombre d'hospitalisés pour lèpre était de un par an.

En 1887, il était de vingt. Donc, en dix-sept ans, la proportion s'était multipliée par vingt. A cette époque, le professeur Hallopeau admettait qu'il existait, à Paris, deux cents lépreux environ. Dom Sauton porta ce chiffre approximatif à trois cents. Ce dernier chiffre est certainement dépassé aujourd'hui. Aussi le professeur Besnier pouvait-il écrire, dès l'année 1887 : « il n'est pas aujourd'hui, à Paris, un médecin voué à la dermatologie, qui n'ait sa clientèle de lépreux, et qui ne voit, en outre, chaque année, un plus ou moins grand nombre de lépreux européens ayant été contracter la lèpre aux pays lépreux, ou habitant ces pays, essayant d'atténuer la maladie contractée au pays natal par un changement de climat ».

Donc, sans nous arrêter à des chiffres qui ne représentent qu'une approximation grossière de la réalité, nous admettons avec ces auteurs qu'il existe à Paris une importante colonie lépreuse. Et, d'ailleurs, ce fait est si bien établi, qu'en 1902, le conseil municipal de Paris étudiait un projet tendant à faire créer à l'hôpital Saint-Louis un pavillon spécial destiné à l'isolement des lépreux.

La lèpre à Lyon. — Les auteurs lyonnais n'ont signalé

que quelques cas de lèpre hétérochtone. Une des premières observations est dûe à M. le professeur Lannois, en 1887. Deux nouveaux cas furent observés à la consultation de M. Augagneur, à l'Antiquaille, et publiés dans la thèse de M. Seu de Rouville. Un autre cas fut publié par MM. Rochet et Billet. Deux nouveaux lépreux furent reçus dans le service de M. le professeur Nicolas, en 1905 et 1906. Enfin, il y a deux ans, nous avons eu l'occasion d'étudier, dans le service de M. le professeur J. Courmont, un cas de lèpre tuberculeuse typique. Voici le résumé de cette observation :

OBSERVATION V

B..., âgé de 39 ans. Colporteur, célibataire, alcoolique. Variole à 5 ans. Après son service militaire, s'embarque et mène une vie errante, surtout en Amérique. Dysenterie en 1896. Dysenterie en 1897, en Colombie. Paludisme en 1897. Prend part en 1898 à la guerre de Cuba. Retourne au Mexique. En 1904, début des lésions lépreuses.

L'origine de cette lèpre est intéressante : le malade raconte qu'étant à l'hôpital, en Colombie, il aida au nettoyage d'un bâtiment vide, qu'il apprit plus tard être une ancienne léproserie désaffectée. Quelques mois plus tard, la lèpre se déclara. Il ne se souvient pas avoir jamais eu de rapports avec des lépreux.

A quelques jours d'intervalles apparurent des lésions cutanées et de la rhinite. Lésions cutanées et rhinite n'ont jamais disparu depuis lors, les premières avec poussées successives, la rhinite progressivement, sans interruption.

Il est rentré en France depuis deux ans et a mené, à travers plusieurs départements, l'existence de chemineau.

En novembre 1910, il arrive à Lyon, en pleine poussée fébrile et entre à l'hôpital. A trois reprises, nous avons observé une poussée aiguë de lépromes sur tous les téguments. Ces poussées s'accompagnaient de fièvre, diarrhée, avec symptômes généraux divers. Un de ces lépromes, excisé et exa-

miné, fourmillait de bacilles de Hansen. Certains lépromes ont suppuré. Le pus contenait aussi beaucoup de bacilles.

Facies léonin typique.

Oedème éléphantiasique des deux pieds. Albumine. Ganglions inguinaux et axillaires. Légère hypertrophie du foie. Cœur normal.

Zones disséminées d'anesthésie et d'hypéresthésie. Pas de dissociation de la sensibilité. Atrophie légère des testicules.

Examen du sang : globules rouges, 3.400.000 ; globules blancs, 35.000 (formule normale, pas d'éosinophilie).

L'examen du nez et du larynx a été pratiqué par M. Lan-
nois .

La muqueuse nasale est ulcérée, la cloison est détruite.

Le voile du palais, la paroi postérieure du pharynx sont garnis de granulations (lépromes).

La muqueuse laryngée est infiltrée de même ; pas d'ulcération des cordes vocales.

Amélioration lente, mais réelle, aux examens successifs.

Recherche du bacille de Hansen : les croûtes nasales, le pus nasal fourmillent de bacilles.

C'est donc au total sept cas de lèpre qui ont été observés à Lyon depuis vingt ans.

Ces malades, que l'on garde un peu par curiosité dans les hôpitaux, sont plus dangereux qu'on ne le croit, au point de vue de la contagion. Ce sont, en effet, des « voyageurs-nés ». Comme nous le disait un de nos malades, sa grande satisfaction avait été de faire plusieurs fois le tour du monde. Rentré dans la Métropole, incapable de gagner sa vie, presque aveugle, il ne voulait absolument pas entrer dans un asile. Il réclamait sa « liberté », c'est-à-dire le droit d'errer sur les routes, de ville en ville, et d'hôpital en hôpital. Ces chemineaux irréductibles colportent jusqu'au fond des campagnes leurs bacilles de Hansen. Ces cas ne sont pas rares. Nombreux sont les lépreux authentiques qui circulent en France. Nous en voulons pour preuve les observations qui ont été publiées à diverses reprises

dans ces dernières années, par exemple, le cas de M. le professeur J. Courmont : il s'agissait également d'un chemineau qui avait pris la lèpre en Colombie. Ce malade entra à l'hôpital, en pleine poussée fébrile. M. le professeur Courmont ayant formulé le simple désir de lui voir ajourner son projet de reprendre sa vie errante, il se sauva de l'hôpital. Or, ce lépreux émettait des quantités prodigieuses de bacilles de Hansen par le pus de ses voies nasales ; et il avait certainement de la bacillémie intermittente. Nous reviendrons sur ce point quand nous étudierons la contagion lépreuse. Nous citerons encore les observations de MM. Charneil, dans le nord ; Bernard, en Picardie. Enfin, c'est un de ces lépreux errants, dont nous avons eu l'occasion de prendre à l'Hôtel-Dieu de Poitiers, en 1910, l'observation que nous reproduisons ici. La seconde se rapporte à un sujet, originaire de Poitiers, contaminé au Brésil, et revenant au pays natal dans l'espoir d'y retrouver la santé.

OBSERVATION VI

Gabriel J..., 49 ans, charpentier à bord des navires, ouvrier en bois (comme L..., menuisier).

Antécédents commémoratifs

J... est né en Dordogne, où il a encore de nombreux frères et sœurs. Ses parents étaient d'une forte constitution et lui-même ne se souvient pas d'avoir été atteint d'aucune maladie grave dans son enfance.

D'humeur vagabonde, il entreprit de voyager, et il se fit embaucher comme charpentier à bord des navires. Depuis lors, son existence mouvementée nous le montre courant d'une hémisphère à l'autre, et comme il nous le dit lui-même, il eut la satisfaction de faire plusieurs fois le tour de « la Boule ».

Au point de vue pathologique, les premières années de ses

voyages ne présentent aucun intérêt. Seul, un accident est à signaler : au cours d'une traversée, il fut projeté de la hauteur d'un mât sur le pont du navire où il resta comme mort. Relevé, on lui fit une révulsion énergique au fer rouge, sur la face antérieure du thorax, comme en témoignent encore de nombreuses cicatrices.

Comme intoxication, on relève le tabagisme. Le malade se reconnaît, en outre, des habitudes d'éthylisme, sans cependant présenter aucun stigmate d'alcoolisme chronique ; enfin il affirme n'avoir jamais eu la syphilis.

C'est en Egypte qu'apparurent les premières manifestations de la maladie actuelle. Le malade avait alors 25 ans. Etant à terre, il eut une éruption douloureuse de petites bulles, surtout manifeste aux membres inférieurs, s'accompagnant de fièvre, d'œdème des jambes et du visage. Ces bulles crevaient et cicatrisaient lentement. Pendant trois ans ces phénomènes se reproduisirent, accompagnés d'un léger œdème des jambes qui s'accusait surtout vers le soir. A 36 ans, étant en Australie, l'expression de son visage se modifia : Il vieillissait en quelques semaines de plusieurs années — comme le lui disaient ses camarades. Il sentit en même temps des nodules se former entre chair et peau, et il lui arriva de les énucléer, ainsi que des noyaux de cerise — sans douleur. Quelques années plus tard il lui sortit des nodules cutanés, qui s'ulcéraient, laissant une cicatrice blanche, indélébile. Ces ulcérations s'accompagnaient de fièvre, et d'un état général grave. A cette époque également, apparurent de larges taches bleues sur les jambes, qui disparaissaient sans laisser de traces. Enfin, 14 ans environ après la première atteinte du mal, J... se trouvant dans les parages du Cap Horn, fut conduit accidentellement à constater les troubles de sa sensibilité à la chaleur. Le froid étant très vif, les hôtes du navire étaient groupés autour d'un poêle. J... inconsciemment posa sa main sur le poêle et ce n'est qu'à l'odeur de corne brûlée qu'il comprit qu'il s'était brûlé. Peu après, il constata d'autres troubles. Il remarqua, par exemple, que quand il voulait prendre sa boîte d'allumettes dans sa poche, il ne suffisait plus de la toucher pour reconnaître sa forme, mais qu'il devait la secouer pour entendre le bruit des allumettes qui y étaient renfermées. Ainsi son sens stéréognostique était aboli. Au bout de quelque temps, il fut frappé de l'amaigrissement de ses mains et de sa faiblesse et il résolut de retourner en France pour se faire soigner. Il avait alors 40 ans,

Un premier médecin consulté au Havre fit le diagnostic de syphilis et lui ordonna des pilules de Ricord. J... haussa les épaules et vint à Paris. Là, vivant largement de son travail, il consulta le docteur Hallopeau qui fit le diagnostic de lèpre et lui prescrivit l'huile de Chaulmoogra. J. resta plusieurs années à Paris, prenant son médicament d'une façon intermittente. Néanmoins le mal évolua ; les mains engourdies, paralysées, ne pouvant plus faire le travail, puis les yeux eux-mêmes furent atteints. J... sans ressources, entra à l'hôpital Saint-Louis.

De nouveau le docteur Hallopeau le mit à l'huile de Chaulmoogra et le docteur Delapersonne, consulté pour sa vue, lui fit de l'atoxyl. Une névrite optique s'ensuivit et le malade devint presque aveugle. Cependant son humeur vagabonde le tenaillant il se mit à parcourir la France relayant d'hôpital en hôpital. C'est ainsi qu'il entra à l'Hôtel-Dieu de Poitiers en septembre 1910.

Voici quel fut le résultat de notre examen :

Le malade est de taille moyenne, amaigri, aux cheveux rares, et son facies à un type spécial. La peau chagrinée, épaissie, les sourcils effacés, le nez aplati et tuméfié, transforment son visage en un véritable mufle. Ses yeux dont la cornée est épaissie et injectée n'ont aucune expression. La peau est boursée de nodules roussâtres, surtout au niveau des avant-bras.

Les appareils digestifs, cardio-vasculaire, pulmonaire, urinaire ne présentent rien de particulier. Seuls, le système nerveux et les organes des sens méritent de retenir l'attention

A. — SYSTEME NERVEUX

1° *Motricité* : pas de paralysie proprement dite :

2° *Sensibilité* : réflexes abolis ; dissociation syringomyélique : conservée au tact : abolie à la piqure et à la chaleur sur les bras, les avant-bras, les jambes et les pieds.

3° *Troubles trophiques* :

du système musculaire : au membre supérieur, atrophie du type Aran-Duchenne (main de singe) ; au membre inférieur paralysie des extenseurs (équinisme consécutif).

De la peau : au membre supérieur, panaris analgésique ; au membre inférieur, mal perforant plantaire ;

Des organes des sens : les yeux sont atteints de kératite lupique et de névrite optique (atoxyl) ; le nez de rhinite ulcéreuse et la voûte du palais est parsemée de granulations rosées.

Examen des yeux

(Dû à M. le docteur Bessonnet)

Oeil droit. — Les paupières ne présentent pas d'ulcération, mais ont une teinte lardacée, surtout à la paupière supérieure. La conjonctive est un peu vascularisée dans sa partie externe. La cornée, infiltrée dans une grande partie de son étendue est le siège au niveau de sa partie inféro-externe d'un épaississement marqué faisant une saillie de plus de 2 millimètres, véritable léprôme cornéen. Derrière, on aperçoit assez mal l'iris, de coloration à peu près normale, et la pupille partiellement obstruée par des exsudats.

L'œil gauche ne présente qu'une légère infiltration de la cornée.

L'examen bactériologique a été positif.

OBSERVATION VII

L... Eugène, 62 ans, menuisier.

1° *Antécédents et commémoratifs.* — L... est né à Poitiers. Ses parents étaient d'une constitution très robuste. Ses grands parents moururent presque centenaires. Il a trois frères et une sœur en bonne santé.

Il ne se souvient pas d'avoir eu l'une de ces maladies qui sévissent de préférence dans la première enfance. A 16 ans, il eut un érysipèle, sans complications.

Il part au service militaire, et pendant cinq années, ayant fait la campagne de 1870, et ensuite l'Algérie en 1871, il n'a pas eu un seul jour de maladie. Jusqu'en 1888, il exerce en France son métier de menuisier.

C'est alors que hanté par « l'espoir de faire fortune », il s'embarqua pour la République Argentine. Il y vécut deux ans en parfaite santé. De là, il passa au Brésil où il contracta la fièvre jaune. Il s'alita cinq ou six jours, puis la crise s'étant faite heureusement, après une convalescence d'une quinzaine de jours passée sur les hauteurs avoisinant Rio-de-Janeiro, il reprit son travail. Cette affection semble n'avoir laissé aucune séquelle, mais deux mois après, encore affaibli, il contracta le paludisme. Il eut des accès quotidiens présentant les stades classiques : frisson, chaleur, sueur. Traité par la quinine, il put reprendre son travail trois semaines après.

Quittant alors le Brésil, il s'embarqua pour le Canada. Il

séjourne deux ans et demi à Montréal, sans un nouvel incident. Il revint alors au Brésil où il habita jusqu'en avril 1901, soit 18 ans. Dans les premières années de ce séjour, il eut un accident : il tomba d'une échelle et se fit plusieurs fractures de côtes.

Pendant ce temps, L... s'était marié. Il eut un garçon actuellement vivant, mais qui demeura en France. Sa femme mourut ; il resta veuf. Très tempérant, L... n'a aucun stigmate d'intoxication alcoolique ; il affirme n'avoir jamais contracté de maladie vénérienne.

Il y a dix-huit mois environ qu'il a ressenti les premières atteintes de sa maladie actuelle. Ses pieds, puis ses mains furent envahis par une tuméfaction douloureuse qui l'empêchait de marcher librement et d'exécuter son travail professionnel. Il n'avait pas de réaction fébrile et conservait tout son appétit. Bientôt le visage se tuméfia également, il eut un gonflement violacé du nez, des lèvres et des oreilles, de petites phytènes remplies d'un liquide clair apparurent aux extrémités digitales, laissant après elles une cicatrice blanche et des plaques érythémateuses apparurent sur la peau du tronc.

L... consulta un docteur qui lui conseilla le rapatriement, mais il ne voulut pas suivre son conseil et son état resta stationnaire pendant près d'une année. Enfin, à bout de ressources, il se décida à rentrer en France, où il aborda le 27 avril 1911.

Au début de la traversée (16 jours), l'état du malade commença à s'améliorer, mais vers la fin, la mer étant devenue mauvaise, il se sentit fatigué, et quand il débarqua à Bordeaux, il constata que l'œdème du visage et des doigts avait augmenté, que sa voix était éteinte et que sa vue baissait rapidement.

Il s'empressa donc de gagner Poitiers où il fut admis à l'Hôtel-Dieu, le 17 mai. A l'époque de ce premier séjour dans notre hôpital qui dura deux mois et demi, on posa le diagnostic de lèpre, confirmé par l'examen bactériologique fait par M. Michonneau, pharmacien.

Le malade fut alors soumis au traitement par l'huile de Chaulmoogra (de 10 à 100 gouttes par jour). Sa vue commença bientôt à s'améliorer ; les œdèmes des pieds, des mains et du visage s'atténuèrent. Le 30 juillet, L... retourna dans sa famille où il resta deux mois environ. Son état est stationnaire.

Depuis huit jours, il est rentré dans le service médical du docteur Jablonski, où il se trouve actuellement.

Examen du malade le 12 octobre.

L... est de petite taille ; il a une tendance à l'obésité ; il nous dit que cette tendance est commune à ses frères et sœurs. Il est d'une nature joviale et il se prête sans difficulté à notre examen. Cependant, quand il parle, on remarque que les traits de son visage conservent une certaine immobilité. Les sourcils, les cils et la barbe sont rares ; les cheveux sont assez abondants ; la peau du visage est épaissie, chagrinée, érythémateuse ; cet ensemble constitue un facies spécial qui ne rappelle que vaguement le *facies léontiasique*. Par contre, il semble bien que, — d'une façon générale, — les téguments soient épaissis, rigides, notamment à la partie antérieure du thorax où l'on a au palper, une sensation de sclérodermie. La peau de toute la région lombaire est également épaissie et érythémateuse. Elle présente une couleur violacée qui disparaît à la pression.

Les pieds, les jambes, les mains sont œdématiés, d'un ordène souple et élastique, ne gardant pas la trace du doigt qui le presse. Les genoux et les coudes présentent une teinte violacée, la peau des avant-bras est bronzée, ichthyosique ; les doigts sont gonflés comme des boudins et leur extrémité en massue est terminée par des ongles épaissis, atrophies et déformés. Les orteils présentent un aspect analogue. Enfin on remarque de nombreux nodules tuberculeux sur les avant-bras, à la face dorsale des mains et aux oreilles.

Le malade n'a pas de fièvre, son urine ne contient ni sucre, ni albumine. Le cœur, les pounons, le foie, les reins, la rate ne présentent rien d'anormal. Le système nerveux, les organes des sens et le tissu cellulaire sous-cutané sont seuls atteints.

A. — SYSTEME NERVEUX

1° *Motilité* normale :

2° *Sensibilité* :

Au tact : conservée pourvu que la surface de contact soit assez large, en certains points, et notamment aux genoux, et aux extrémités digitales, elle est obscure, diminuée.

A la piqure : elle est abolie dans le pied et la jambe droite jusqu'au haut de la cuisse ; dans le pied et la partie moyenne de la jambe gauche, dans les mains, les avants-bras et le bord interne des bras jusqu'au deltoïde.

A la chaleur : abolie sur les mains, les avant-bras, les pieds et la partie externe des jambes.

Réflexes : de Babinski et achilléen abolis ; rotulien conservé.

Troubles trophiques musculaires : très légère atrophie musculaire ; surtout marquée au niveau des interosseux.

Troubles trophiques cutanés : aux mains, ulcérations analgésiques, aux pieds, cicatrices d'ulcérations guéries, léger épaississement du nerf cubital droit dans la gouttière olécranienne.

B. — ORGANE DES SENS

Vision : rien de particulier à la cornée, la pupille immobile légèrement déformée dénote un certain degré d'iritis ;

Nez : la muqueuse nasale présente une hypertrophie généralisée ;

Bouche et larynx : les muqueuses sont hypertrophiées le V lingual est très nettement accusé. La voûte palatine, la luette, les piliers du voile présentent des ulcérations blanchâtres caractéristiques. L'épiglotte épaissie n'en présente pas, mais on les retrouve sur les cartilages arythénoïdes. Les cordes vocales paraissent indemnes.

Audition : normale.

Examen des yeux

Les paupières, les conjonctives et la cornée sont normales. L'iris a sa coloration ordinaire et ne présente aucune trace de réaction, mais le champ pupillaire est complètement obstrué à droite par des exsudats qui immobilisent absolument la pupille. A gauche, la pupille n'est pas partiellement obstruée d'où la vision, du reste peu précise, qui reste au malade.

A droite comme à gauche le fond d'œil est absolument inéclairable.

Ce sont, en somme, les symptômes d'une iritis plastique, chronique à l'heure actuelle, mais qui a eu une marche aiguë il y a six mois, époque à laquelle le malade est resté presque aveugle pendant plusieurs jours.

Examen du nez, du pharynx, du larynx et des oreilles

Le nez ne présente rien d'anormal sinon l'épaississement de la peau, presque généralisé à toute la face.

Le pharynx surtout dans sa partie supérieure présente de nombreuses et vastes ulcérations à fond blanchâtre, à bords sinueux et peu saillants, atteignant parfois près de deux centimètres dans leur plus grande dimension.

Ces ulcérations parsèment surtout la partie postérieure de la voûte palatine et les piliers antérieurs du voile du palais. La muqueuse révèle partout l'aspect de la pharyngite chronique hypertrophique.

Le *larynx* présente deux ulcérations au niveau des deux sommets arythénoïdiens. Le reste du larynx est indemne.

Les *oreilles* ne présentent d'anormal que l'aspect quasi éléphantiasique du pavillon.

M. le docteur Raymond, professeur agrégé au Val-de-Grâce (1), a fait l'examen bactériologique du mucus nasal de ce malade. Il y a trouvé le bacille de Hansen. Ce bacille existait également (sous la forme classique : en globi) dans les coupes pratiquées sur un tubercule excisé par biopsie.

Pour terminer cette histoire des cas de lèpre hétérochtone, nous ajouterons qu'il s'en faut de beaucoup que tous ces cas soient diagnostiqués. Voici une observation très suggestive que le professeur Audry a intitulée « Histoire d'un lépreux ». Il s'agissait d'un malade qui avait couru tous les grands services de dermatologie de France. Partout, on le traitait en syphilitique, « peu s'en fallut, ajoutait-il, qu'il ne fut pas plus heureux dans un sixième service, le mien à la vérité. Et tout cela pourquoi, parce que nous oublions l'existence de la lèpre. »

La lèpre existe donc en France, nous avons montré qu'elle provenait de deux origines bien différentes. La première, latente, la seconde, plus manifeste, mais réelles toutes deux. Il nous est maintenant facile de dresser la carte de la lèpre en France, à notre époque.

Nous voyons que cette maladie est loin d'y être rare,

(1) Nous adressons ici, tous nos remerciements à M. le docteur Raymond pour l'obligeance avec laquelle il s'est mis à notre disposition pour l'exécution de cette partie de notre travail.

puisqu'elle persiste en Bretagne, en Béarn, en Languedoc, sur toute la côte méditerranéenne et aux frontières de l'Est. Elle est donc comme tapie aux confins de notre pays, attendant l'heure peut-être où elle l'envahira tout entier. Et déjà les foyers du Centre et des grandes villes forment autant de taches sombres où, peut-être, couvent en silence, les épidémies futures.

§ 2. — VALEUR ÉPIDÉMIOLGIE DE LA LÈPRE ACTUELLE

Nous ne voulons pas faire ici une étude clinique de la lèpre, ni discuter si les diverses formes décrites par les auteurs rentrent dans la léprose ou dans la paraléprose. Ce serait sortir de notre sujet. Nous voulons simplement rechercher si la maladie dont nous avons trouvé l'existence dans notre pays est une maladie contagieuse, se propageant effectivement, ou bien si, comme on l'a dit, elle n'est qu'une sorte de dystrophie héréditaire n'ayant rien à faire avec les infections épidémiques. A vrai dire, le seul raisonnement conduit au rejet de cette seconde proposition. Comment une maladie qui a suivi la marche des hommes, qui, partie d'Orient, a gagné toutes les nations d'Occident, et y a fait des ravages indescriptibles pendant dix siècles, n'aurait-elle pas été contagieuse, ou bien comment admettre que cette maladie, infectieuse au moyen âge, ne le soit plus aujourd'hui. Car alors comment se serait-elle perpétuée jusqu'à nous. Par hérédité, exclusivement ? Cette théorie est chère à Zambaco-Pacha. La lèpre serait en quelque sorte une dystrophie constitutionnelle. Mais comment concilier ces théories avec les données de la science

moderne ? La lèpre est une infection spécifique. C'est le bacille de Hansen qui fait la lèpre et, malgré les difficultés que l'on éprouve à le cultiver et à l'inoculer, tout le monde convient de sa spécificité. Or, pour le bacille de Hansen comme pour le bacille de Koch son plus proche voisin, il s'agit d'une hérédité de terrain et non de graine, d'une hérédité extra-utérine, c'est-à-dire d'une contagion familiale. Le raisonnement conduisait donc à admettre cette notion, que le moyen âge a acceptée empiriquement et que l'époque contemporaine a démontrée scientifiquement.

Les observations de MM. Chantemesse et Moriez ne laissent, en effet, aucune place au doute sur ce point. La lèpre française est une maladie infectieuse et contagieuse. Et d'abord, s'il en était autrement, comment expliquer qu'une maladie non virulente, en voie d'extinction, et dont Valentin signalait six cas à Vitrolles en 1807, fut retrouvée, vivace, par ces auteurs, en 1888.

Or, c'est indiscutable, la maladie décrite par Valentin existait encore lorsque MM. Chantemesse et Moriez vinrent l'étudier et même elle devait avoir fait quelques progrès. Ces auteurs, en suivant la filiation des cas de lèpre qu'ils découvraient, prouvèrent que cette maladie se propageait sous forme de petites épidémies de famille ou de maisons. Ils en décrivirent quatre principales qui avaient fait vingt victimes. Voici une observation rapportée à l'Académie de Médecine, en 1888, qui est démonstrative à cet égard :

OBSERVATION VIII

Mme X..., issue de parents non lépreux, a eu trois générations d'ascendants non lépreux, aussi bien dans la ligne

paternelle que dans la ligne maternelle. Elle a été mise en nourrice à Eze, chez une femme paraissant saine, mais qui appartenait à une famille de lépreux et qui a présenté des manifestations lépreuses aussitôt après avoir allaité Mme X... Celle-ci est devenue lépreuse à un âge assez avancé. Elle s'est mariée et a eu quatre enfants. Son mari et ses deux filles sont mortes jeunes, et n'ont pas eu la lèpre. Les deux derniers enfants, deux fils sont morts lépreux.

1° Ce sont A... a présenté des signes de lèpre étant au service militaire, quelques mois après avoir quitté Eze et a été réformé sous la rubrique : maladie chronique de la peau. Il est mort à 28 ans, de lèpre.

2° Ce sont B..., frère du précédent, qui mourut lépreux à l'âge de 60 ans. Sa femme vit encore et se porte bien. Mais B... a eu longtemps des rapports avec une femme venue du Nord de la France et issue d'une famille exempte de lèpre. La femme C... et un de ses fils très lié avec B... sont devenus lépreux trois ans après lui.

Que reste-t-il donc, comme l'a écrit Zambaco-Pacha, pour différencier cette maladie épidémique où le bacille de Hansen a été constaté bactériologiquement de la lèpre antique, la lèpre égyptienne une, sous toutes ses formes, et dans tous les pays ?

Et d'ailleurs, si nous avons encore un seul doute sur ce point, ce qui s'est passé il y a quelques années, chez nos voisins de l'Est nous instruirait suffisamment. A Mémel, en Allemagne, éclata une épidémie de lèpre, sans qu'on ait pu incriminer aucune contamination par des lépreux d'Orient : cette épidémie s'étendit assez rapidement et fit trente-quatre victimes, dont douze moururent. Voilà donc une mortalité de 52,7 % pour une épidémie de lèpre européenne. Qui oserait, après ces faits, soutenir que la lèpre ne saurait évoluer, et tuer, en France.

Une autre objection, qu'on a souvent formulée, se rapporte à la lèpre autochtone. Ces malades, a-t-on dit, vien-

ment chercher dans notre pays une amélioration de leur état. C'est donc que les conditions climatériques, ou autres, sont défavorables au développement de la lèpre en France. Nous n'avons donc pas à y redouter la contagion.

Cette thèse rassurante est malheureusement fausse. Tous ceux qui ont vu des lèpreux en France savent bien que la maladie y évolue, et qu'elle y tue, comme dans les pires colonies. Si parfois, elle semble s'y atténuer, c'est que le malade est mis au repos, et dans de meilleures conditions hygiéniques. Mais en dehors de ces restrictions, la lèpre évolue en France comme au Brésil. Et d'ailleurs, les pays à lèpre n'ont pas tous un mauvais climat. La lèpre existe partout et elle frappe également toutes les races. C'est ainsi qu'à Nouméa, qui jouit d'un climat excellent, les statistiques nous apprennent qu'en cinq ans, les cas de lèpre ont, dans la population blanche, plus que doublé.

Bien plus, nous avons vu plus haut que la lèpre existe contagieuse et virulente en Allemagne. La distribution géographique de cette maladie est bien plus étendue qu'on ne le dit généralement. Elle existe en Italie, en Espagne, en Belgique, dans les pays scandinaves et dans la Russie d'Europe.

Il ne faut donc pas nous leurrer. La lèpre peut fort bien évoluer en France. Au moyen âge ne l'a-t-elle pas fait ?

Enfin, là encore l'observation nous apprend que cette contagion se produit sous nos yeux à Paris quotidiennement peut-être. On a cité le cas d'une jeune fille de onze ans, qui contracta la lèpre à Paris. Elle habitait avec son père qui avait rapporté la maladie du Brésil et était née avant que son père ne fut malade. Il s'agit donc là d'un cas de contagion lèpreuse indiscutable survenu en France.

Ainsi, les faits parlent trop haut pour qu'on puisse les discuter et nous nous rallierons pleinement à l'opinion émise par M. le professeur J. Courmont, à propos du malade dont nous avons déjà parlé (obs. V).

« Il m'est difficile d'admettre, écrit cet auteur, qu'une pareille quantité de bacilles virulents puisse être journellement émise et disséminée, surtout dans certaines de nos campagnes, dont l'hygiène est déplorable, sans que cela ne constitue un danger social de premier ordre... Je crois donc pouvoir affirmer que notre malade, vu l'état de ses voies nasales, vu son tempérament de chemineau, vu les contrées qu'il va traverser, vu son âge relativement peu avancé qui lui permettra encore de longues pérégrinations, vu les poussées aiguës qu'il présentera à certains intervalles, est un contagieux des plus redoutables. » (Compte-rendu Acad. de Méd. 1910.)

Ce n'est donc pas une crainte chimérique que nous avons formulée. La lèpre nous menace. Son évolution dans notre pays et l'avenir qu'elle nous réserve dépendent des moyens que nous mettrons en œuvre, pour en arrêter la marche et pour lutter contre le fléau.

Arrivé à la fin de cette première partie de notre travail, nous pouvons donc conclure de ce qui précède que la lèpre, après s'être introduite en France, par des épidémies massives, s'y est installée à demeure, sous la forme d'une endémie décroissant peu à peu; qu'aujourd'hui, au contraire, nous assistons à un phénomène inverse et qu'à l'endémie progressivement croissante, pourrait bien succéder de nouvelles épidémies massives.

Il est donc de notre devoir d'indiquer les mesures qui nous mettront à l'abri de cette maladie et de crier comme le Sénat de Rome : « Caveant Consules ! ».

DEUXIÈME PARTIE

LA LUTTE CONTRE LA LÈPRE

Nous avons démontré que la lèpre existait en France et qu'elle y était virulente. C'est cette idée qu'exprimait le professeur Besnier, lorsqu'il disait à la « Conférence de la Lèpre » : « Nul être humain n'est à l'abri de la lèpre, aucune région, aucune race n'y sont réfractaires, et à aucune époque elle n'a complètement disparu ».

Il est donc de toute nécessité de prendre des mesures défensives suffisantes pour mettre la France à l'abri de nouvelles épidémies massives de lèpre.

Mais avant d'entreprendre la discussion des moyens qui ont été proposés pour mener à bien cette œuvre de prophylaxie sociale, il nous faut étudier les facteurs qui interviennent dans la contagion lèpreuse, étude qui constitue en quelque sorte le lemme nécessaire de cette démonstration.

CHAPITRE PREMIER

La contagion lèpreuse

En 1880, quelques années après la publication des travaux de Hansen (de Bergen), sur le bacille de la lèpre, M. le professeur Besnier écrivait : « La doctrine classique de la lèpre reçoit, des découvertes inattendues de l'histologie bactérienne, un profond ébranlement, et une secousse salutaire, qui sans aucun doute sera féconde. Ce n'est peut-être pas la vérité, c'en est assurément l'aurore. Il faut la saluer avec enthousiasme. »

C'était en effet l'époque héroïque des théories microbiennes. Combien de médecins éminents se dressèrent alors pour protester de toutes leurs forces contre « cet envahissement de la pathologie par l'histoire naturelle ». Et c'est en pensant à ces luttes célèbres ou l'ironie de Peter tournait en dérision les idées nouvelles qu'apportait Pasteur, qu'on a pu dire : « Tous les savants devraient mourir vers soixante ans, car à cet âge ils ne manqueront pas de faire une opposition forcenée aux doctrines nouvelles. »

Cette opposition forcenée ne manqua pas de se produire. De l'année 1887 à l'année 1889, l'Académie de Médecine retentit des discussions passionnées, tour à tour

ironiques ou enthousiastes, attaquant ou défendant le bacille d'Armauer Hansen.

Puis le silence se fit et mieux que les discours les plus éloquents, le temps se chargea de faire la part de ce qui devait survivre des doctrines médicales.

Aujourd'hui, qui oserait attaquer l'œuvre de Pasteur ? Qui oserait nier le rôle pathogène des bactéries ? Et pourtant la parole de Leroy de Méricourt est toujours même, après trente ans de recherches opiniâtres : « Tout est mystérieux, tout demeure obscur dans l'étiologie de la lèpre. »

Que faut-il donc pour affirmer la spécificité d'un agent pathogène ? Pasteur lui-même nous l'a appris. Il doit satisfaire à trois conditions nécessaires et suffisantes :

1° La présence constante de ce germe dans la lésion ;

2° Sa reproduction en culture ;

3° Son action pathogène constante par l'inoculation, redonnant naissance à la même lésion et au même germe.

Or, le bacille de Hansen n'a encore satisfait qu'à la première de ces conditions. Et pourtant, personne ne met en doute sa spécificité. C'est que, élevé dans les théories pasteuriennes, nous ne comprenons même pas qu'on puisse nier de telles vérités, et la spontanéité morbide, « ce fatalisme médical », comme l'appelait le professeur Besnier, qui satisfaisait pleinement les auteurs de 1880, nous paraît inadmissible.

La lèpre est donc une maladie infectieuse.

C'est aussi une maladie contagieuse.

Ce fait découle du précédent ; une maladie infectieuse, c'est-à-dire parasitaire, est forcément transmissible, dans certaines conditions données. Nous l'avons prouvé, cliniquement, dans le chapitre précédent ; nous le prouverons

expérimentalement plus bas. Mais avant d'être un fait, cette contagion est, pour nous, une nécessité évidente.

Etudier l'étiologie de la lèpre, c'est donc préciser les conditions dans lesquelles le germe pathogène s'inocule à l'homme sain.

Nous étudierons successivement la cause déterminante c'est-à-dire le rôle de la graine, puis les causes prédisposantes ou secondaires : la part du terrain.

A. — LE GERME

Nous n'étudierons pas ici la bactériologie de la lèpre, cette étude n'entre pas dans notre sujet.

Nous supposerons connue la morphologie et les particularités du bacille de Hansen-Neisser. D'ailleurs, cette étude bactériologique commence à peine à entrer dans une ère de progrès. C'est à peine si l'on sait le cultiver ; quant aux essais d'inoculation, ils sont trop récents pour qu'on puisse se prononcer en toute certitude.

Nous en sommes donc réduits sur beaucoup de points à des hypothèses ayant pour points de départ des faits plus ou moins scientifiquement observés. Néanmoins, en nous appuyant sur la simple observation clinique, et aussi en voyant ce qui se passe, pour d'autres maladies voisines de la lèpre, voici comment on peut interpréter la contagion lèpreuse.

C'est l'inoculation du bacille de Hansen qui fait la lèpre. Cette inoculation peut être directe ou indirecte.

I. — CONTAGION INDIRECTE

La contagion indirecte est celle où le germe pathogène issu du sujet contaminé, subsiste un certain temps hors

de l'organisme humain, avant de se développer sur un sujet indemne. Ce stade d'attente peut se passer dans le milieu extérieur ou dans l'organisme d'autres êtres vivants, appelés hôtes intermédiaires et qui retransmettront la maladie à l'homme. Nous allons discuter ces deux hypothèses, mais auparavant, il nous faut dire rapidement quelles sont les sources qui déversent dans le milieu extérieur le bacille de Hansen.

Origine du bacille de Hansen. — Ces sources se ramènent à une seule, le malade : « La lèpre vient du lèpreux comme la syphilis vient du syphilitique. » (Besnier). C'est donc au lèpreux qu'il faudra s'attaquer lorsqu'on voudra lutter contre la dissémination de la graine. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

A ce point de vue, tous les lèpreux ne s'équivalent pas. L'étude des principales voies d'émission du bacille vont nous le démontrer.

La première de ces voies d'émission est la muqueuse pituitaire. Ce sont MM. Jeanselme et Laurens, qui ont le plus insisté sur cette rhinite lèpreuse. Ces lésions sont effectivement très fréquentes et si le pourcentage exact varie avec les auteurs, on peut fixer comme moyenne les chiffres suivants, empruntés à Glück :

68,10 %	dans la lèpre tuberculeuse ;
44,93 %	— mixte
19 %	— nerveuse.

Il y a plus : de même que chez les enfants convalescents de diphtérie, on peut retrouver dans les voies nasales le bacille de Löffler en dehors de tout symptôme (coryza diphtérique) ; de même on a trouvé le bacille de Hansen sur la muqueuse pituitaire de lèpreux ne présentant pas

de lésions nasales. Notre observation VII, où l'examen rhinoscopique a été pratiqué par M. le docteur Bessonnet, en est un exemple. Il n'y avait pas de lésions apparentes, et pourtant le mucus nasal examiné, montra la présence du bacille.

Kitasato (*Zeitschrift für hygiène*, 1909) a montré qu'au Japon, non seulement les lèpreux, mais encore les personnes qui étaient journellement en relation avec eux, présentaient le bacille de Hansen, dans leurs voies nasales. Il appelle ces derniers les porteurs sains de bacilles. Cette notion a une grosse importance au point de vue prophylactique.

Cette voie d'émission la plus fréquente est aussi, peut-être, la plus importante. Le malade de M. le professeur Courmont (obs. V), qui fut examiné par M. le docteur Lannois, présentait des lésions nasales très prononcées. Il avait un véritable « jetage nasal ». Or, dans l'écoulement purulent très abondant qui s'écoulait ainsi du nez, les bacilles de Hansen fourmillaient littéralement.

A côté de cette voie nasale, nous signalerons la salive et les sécrétions conjonctivales, qui contiennent parfois le bacille.

La deuxième voie d'élimination importante est la peau. Mais là encore, il y a une grosse différence entre les malades, et il faut, par analogie avec la tuberculose, distinguer les lèpreux ouverts des lèpreux fermés. Tandis que ceux-ci ne présentent aucun danger de contagion, ceux-là, dont le corps est couvert d'ulcères suppurants, disséminent autour d'eux de grandes quantités de bacilles. Parfois aussi, on a trouvé le bacille de Hansen dans les sécrétions génitales et dans le lait des femmes lèpreuses. Nous revien-

drons sur ce point, quand nous étudierons la contagion conjugale de la lèpre.

Enfin, on peut trouver le bacille dans le sang de ces malades et dans leur pus. Le sang ne le contient que rarement. En effet, la bacillémie lèpreuse, comme la bacillémie tuberculeuse, n'est qu'intermittente et n'existe qu'au moment des poussées aiguës, ou à l'occasion d'infections intercurrentes qui, comme on l'a observé, font migrer le bacille. Par contre, le pus le renferme constamment. Le bacille de Hansen est, en effet, le plus souvent dans l'organisme intra-cellulaire. Ce sont les phagocytes — et en particulier les mononucléaires, — qui le transportent aux différents points de l'organisme.

Voilà donc le bacille lèpreux arrivé dans le milieu extérieur. Voyons comment il redonnera la maladie à un sujet indemne.

1° *Contagion indirecte sans intermédiaire.*

C'est ce mécanisme qu'invoquait le professeur Besnier quand il parlait de l'état sporulaire du bacille de Hansen dans le milieu extérieur. Si l'on raisonne par analogie avec ce que nous savons de la tuberculose, cet état du bacille et ce mécanisme de la contagion lèpreuse est bien probable. Malheureusement, une lacune vient rendre la solution du problème impossible : c'est l'ignorance où nous sommes de dire quelle est cette forme « sporulaire », ou plutôt « saprophytique », comme nous dirions aujourd'hui. Pas plus que pour le bacille de Koch, nous ne savons quelle forme d'involution revêt le bacille de Hansen dans le milieu extérieur ; y meurt-il, y résiste-t-il ? et combien de temps, et comment ? Nous n'en savons rien. Cependant les études faites sur le bacille de Koch tendant à faire passer cette

bactérie dans les *streptothrix*, nous éclairent sur cette question et nous en montre la complexité.

En l'absence de cette donnée, l'observation clinique peut difficilement se prononcer. A ce propos, une observation des plus intéressantes est celle publiée par M. le professeur Courmont, et dont nous avons déjà parlé plusieurs fois (obs. V). Ce malade racontait : « Qu'étant à l'hôpital, en Colombie, il aida au nettoyage d'un bâtiment vide depuis quelque temps. Ce bâtiment était d'une saleté repoussante. Il y séjourna plusieurs jours sans prendre aucune précaution. Il apprit par la suite qu'il s'agissait d'une léproserie désaffectée. Quelques mois plus tard, la lèpre se déclarait chez lui. » Il y aurait donc là un cas de contagion indirecte.

On a signalé également des cas où des sujets sains auraient contracté la maladie en couchant dans le lit d'un lèpreux, ou en portant ses vêtements (Hawtrey Benson[†]). On cite encore le cas de cette sœur qui se piqua au doigt en reprenant les vêtements d'un lèpreux. Elle aurait pris ainsi la maladie.

Il est difficile, actuellement, de se prononcer sur ces faits. Néanmoins, il n'y a rien d'impossible à supposer que le bacille de Hansen, si voisin de celui de la tuberculose, puisse rester comme celui-ci, protégé qu'il est par son enveloppe grasse, dans le milieu extérieur, y résistant aux nombreux facteurs de destruction qu'il y rencontre.

Voyons maintenant le rôle que pourraient jouer dans cette contagion indirecte, certains insectes.

2° Contagion indirecte par hôtes intermédiaires.

Beaucoup d'auteurs sont partis de cette idée que la contagion de la lèpre devait s'opérer comme celle des autres

maladies épidémiques des pays chauds, et orientés par les recherches de Ross, de Simond, etc..., ils ont cherché s'ils ne trouveraient pas un insecte parasite de l'homme, qui serait l'instrument de cette contamination.

Dès 1885, Leloir avait pensé que les moustiques pourraient être les agents de cette transmission.

Arning fit remarquer, en 1891, que la lèpre et certains moustiques firent simultanément leur apparition aux îles Hawaï.

Goddhue, en 1906, aurait trouvé le bacille de Hansen dans l'estomac du « *Culex pungens* ».

Von Bassewitz, qui observait en Norvège, remarqua que la lèpre coexistait fréquemment avec la gale, et que c'étaient les lépreux qui présentaient cette gale compliquée, appelée « gale norvégienne ». Il ne put pas, pourtant, démontrer le mécanisme de la contagion. Nombre d'auteurs japonais ont adopté cette manière de voir, mais sans en fournir, non plus, la démonstration péremptoire.

M. Borrel, de l'Institut Pasteur, a accusé le « *Demodex folliculorum* ». Romer, en 1906, incrimina également certaines espèces d'arachnides. D'autres auteurs ont étudié à ce point de vue, les mouches, les argas, etc...

M. Sanders, médecin de l'asile de lépreux de Robben (Afrique du Sud), a fait des expériences très intéressantes sur les punaises. Après avoir fait piquer des lépreux ulcérés, par des puces et par des punaises, il disséqua leur tube digestif et en fit l'examen bactériologique. Or, constamment il trouva des bacilles acido-résistants dans le tube digestif des punaises, alors que des insectes témoins n'en renfermaient pas. Une d'elles, qui succomba vingt-quatre heures après avoir piqué un lépreux, était farcie de ba-

cilles qui ne possédaient pas, d'ailleurs, tous les caractères morphologiques du bacille de Hansen. Ils avaient des formes irrégulières en cocco-bacilles, en bâches, en sablier, et M. Sanders les identifie aux bacilles de Hansen obtenus en cultures par M. Clegg. Ce seraient des formes jeunes en voie de multiplication. La démonstration complète n'a pas été faite, car les animaux qu'on fit piquer par ces punaises sont réfractaires à la lèpre. M. Sanders fit piquer également des lépreux à forme maculo-anesthésique, qui présentèrent à la suite de ces piqûres des poussées aiguës. Cependant, en l'absence d'expériences sur des animaux réceptifs pour la lèpre, ou d'observations rigoureuses sur l'homme sain, nous concluerons avec M. Jeanselme que la démonstration du rôle des insectes dans l'inoculation de la lèpre n'a pas été donnée jusqu'à maintenant.

D'autre part, divers auteurs ont fait des observations négatives. La Commission Danoise, présidée par le docteur Ehlers, aux Antilles; MM. Marchoux et Bourret, à Saint-Dalmas (Alpes-Maritimes), recherchant quel pouvait avoir été le rôle des insectes dans les épidémies de lèpre, n'en trouvèrent aucun.

D'ailleurs, la distribution géographique et la marche des épidémies de lèpre ne sont guère en faveur de cette conception. D'une part, c'est toujours avec les grands courants humains, militaires ou commerciaux, qu'on a vu s'étendre la lèpre, sous tous les climats, à toutes les époques.

Aussi, le professeur Besnier appelait-il la lèpre « la plus exclusivement humaine » des maladies. D'autre part, lorsqu'on étudie la transmission des maladies épidémiques, par les insectes, on est frappé de ce fait que ces intermé-

diaires sont, en quelque sorte, spécifiques. C'est le « *stegomya* » qui inocule la fièvre jaune, c'est la « *glossina palpalis* » qui inocule la maladie du sommeil, alors que les espèces voisines ne jouent aucun rôle. Or, les espèces zoologiques ont une distribution géographique, en général, très précise. Elles apparaissent sur les côtes, pour disparaître sur les hauteurs; elles s'arrêtent à tel parallèle; elles s'attaquent à telle race et pas à telle autre, etc., et l'on voit la maladie en cause subir, parallèlement, les mêmes variations.

Pour la lèpre, rien de pareil. Elle est partout, frappe toutes les races, se répand sur tous les points d'un même pays.

Il ne faudrait donc chercher que dans les parasites les plus communs de l'homme : punaises, par exemple, comme l'a fait M. Sanders.

En résumé, de nouvelles expériences sont nécessaires avant de pouvoir considérer cette contagion indirecte, par l'intermédiaire des insectes piqueurs, comme définitivement établie.

II. — CONTAGION DIRECTE

Cette contagion directe est démontrée, et comme le fait remarquer le professeur Besnier, si les divers auteurs, au lieu de s'attarder à la discussion des cas négatifs qui n'ont jamais rien prouvé, s'étaient attachés à étudier les faits positifs, cette contagion directe n'aurait pas été mise en doute si longtemps.

Outre le cas d'Arning, inoculant la lèpre à un condamné à mort, et voyant évoluer la maladie, on cite encore deux cas d'inoculation professionnelle de lèpre : celui d'un mé-

decin qui, accouchant une lépreuse, se fit une petite blessure au doigt. Quelques mois après il voyait évoluer la maladie. L'autre cas a trait à un infirmier qui, ouvrant un abcès chez un lépreux, se piqua au doigt. Là encore, la maladie évolua, se généralisant après un premier stade d'inflammation locale. Ce que nous avons dit plus haut de la bacillémie intermittente et de la présence du bacille de Hansen dans les leucocytes, nous permet de comprendre ces deux inoculations lépreuses.

Enfin, les auteurs rapportent un certain nombre d'inoculations accidentelles chez des sœurs ou chez des infirmiers, sujets ayant eu des rapports avec les lépreux.

Si ces derniers faits n'ont pas toute la valeur scientifique désirable, associés aux précédents, ils démontrent suffisamment la réalité et la fréquence de la contagion directe de la lèpre.

Un dernier point reste à préciser : c'est le lieu d'inoculation c'est-à-dire la porte d'entrée habituelle du virus lépreux.

Portes d'entrée du germe. — Ici encore, il s'en faut que la lumière soit faite. Certains points sont à peu près établis, d'autres ne sont que probables.

Pour ce qui est des deux portes d'entrée les plus fréquentes de la tuberculose, à savoir *le poumon et le tube digestif*, il semble bien que ces organes ne soient, pour ainsi dire jamais, le siège des localisations initiales de la lèpre. Les lésions pulmonaires et gastro-intestinales de la lèpre sont les plus rares et les plus tardives de cette maladie.

Une opinion qui est très en faveur est celle défendue par MM. Jeanselme et Laurens. Les auteurs s'appuyant sur la fréquence des lésions nasales, soutiennent que le

plus souvent la lèpre est une maladie à inoculation nasale. Mais ces lésions ne sont pas constantes et surtout ne sont pas constamment précoces: et M. Jeanselme nous le dit lui-même « on ne doit pas établir de règles absolues, ni considérer l'inoculation nasale, comme le mode unique de la contagion lépreuse ».

Pour nous, sans nier absolument le rôle de cette porte d'entrée, nous croyons qu'elle doit être un mode relativement rare d'inoculation. Sans doute, la rhinite lépreuse est très fréquente ; nous l'avons prouvé précédemment, mais nous croyons que cette rhinite, manifeste ou latente, si elle possède un rôle de premier ordre dans la dissémination du germe, n'en a guère pour son inoculation. Les lésions nasales, parfois précoces, ne sont pas initiales. A la période prodromique, alors que la fièvre, le pemphigus, l'œdème généralisé montre que la maladie en est déjà à sa période de généralisation sanguine (par conséquent après le stade de localisation initiale), les lésions nasales n'ont jamais été mises en évidence, et l'épistaxis elle-même, si elle se produit à cette période, est fonction de la généralisation sanguine.

De plus, la muqueuse pituitaire est une muqueuse du type respiratoire. Or, ce sont les epitheliums dermo-papillaires et, d'une manière générale, les tissus ectodermiques qui semblent être le terrain préféré du bacille de Hansen.

On a songé également à la possibilité de l'inoculation de la lèpre au niveau des muqueuses génitales. On a invoqué à l'appui de cette thèse des preuves anatomiques et des preuves cliniques. M. Jeanselme a rapporté le cas d'un sujet du Yunnan qui présentait une uréthrite lépreuse

typique. D'autre part, le bacille de Hansen a été trouvé dans le mucus vaginal de certaines lépreuses.

L'observation clinique est moins probante. On a cité des sujets indemnes mariés à des sujets lépreux et ne prenant pas la lèpre. Pour la femme on a invoqué la loi de « Colles ». Nous y reviendrons lorsque nous étudierons l'hérédité de la lèpre. Mais pour l'homme l'objection n'existe pas. Il est d'ailleurs juste de dire qu'ils deviennent, au moins aussi fréquemment lépreux (Ehlers); mais à longue distance, après cinq ou dix ans de vie en commun: ce que peut expliquer, il est vrai, l'inoculation longue, et encore imprécise de la maladie. Nous admettrons donc, que la contagion par les rapports sexuels, si elle existe est exceptionnelle et que la contagion conjugale est une contagion directe, en tout comparable à ces épidémies de maison et de famille dont tous les auteurs reconnaissent l'existence. Il nous faut étudier maintenant l'inoculation au niveau du *revêtement cutané*. Les preuves de cette contagion cutanée sont assez nombreuses. Outre les faits d'observation banale, comme la plus grande fréquence de la lèpre dans les pays chauds où la plupart des indigènes vont pieds nus, de nombreux faits militent en faveur de cette théorie.

D'abord les inoculations expérimentales ou accidentelles. C'est au niveau des téguments que Arning inocula la lèpre au forçat Kéanu. C'est encore dans le derme que M. Nicolle (de Tunis), et MM. Clegg, Duval et Gurd inoculèrent la lèpre au singe. Les cas d'inoculation professionnelle nous montrent également que ce sont les blessures des extrémités digitales qui servent de portes d'entrée au virus lépreux.

On pourrait ajouter encore la lèpre vaccinale, mais elle a été très discutée.

C'est cette inoculation cutanée qui a parue la plus fréquente à M. Sanders et à beaucoup d'autres observateurs puisqu'ils ont cherché le secret de l'inoculation dans les insectes piqueurs, parasites de l'homme.

On peut aussi invoquer pour preuve de ce fait la prédilection du bacille de Hansen pour les tissus ectodermiques.

Pour nous, la lèpre évolue comme la syphilis, comme la trypanosomiase et comme la tuberculose expérimentale. Elle comporte un premier stade de localisation périphérique au point d'inoculation et alors que la syphilis affectionne les muqueuses, la lèpre, comme la tuberculose se développe mieux sur le tégument cutané. Ce n'est que secondairement qu'apparaissent les signes de généralisation sanguine et plus tardivement encore que la maladie se localise effectivement, dans tel organe, ou tel système d'organes, selon le terrain ; le *locus minoris resistentiæ*, jouant là comme ailleurs, le rôle de point d'appel pour l'infection.

Si ce schéma a été souvent méconnu, c'est que les étapes n'en sont pas toujours aussi marquées. Le chancre d'inoculation peut manquer. Mais est-ce une raison pour nier l'inoculation périphérique ? Est-il bien sûr qu'il n'y ait pas de syphilis décapitée ? Dans la peste bubonique, la piqûre de puce initiale est-elle toujours visible, et dans le paludisme, quelle trace laisse donc la piqûre de l'anophèle ? Et pourtant qui niera ces faits d'inoculation périphérique ?

La période secondaire, elle aussi, peut être légère et

passer inaperçue, et la maladie semblera débiter par des troubles nerveux que rien ne faisait prévoir. D'autres fois, au contraire, le virus se localisera de préférence dans les tissus malpighiens, ou dans les organes splanchniques donnant naissance aux formes tuberculeuses et viscérales.

Cette évolution est très importante. Elle explique peut-être ces faits d'immunité prolongée, mais non définitive, qui ont frappé tous les auteurs : Par exemple, le cas du Père Damien, vivant quinze ans au milieu des lépreux, avant de présenter les signes de cette infection. Qui peut dire à quel moment la maladie a exactement commencé ? Nous croyons qu'il serait intéressant d'étudier, avec les procédés de laboratoire, dont nous disposons aujourd'hui, ces sujets, en apparence indemmes, et qui vivent au milieu des lépreux.

En résumé, on peut affirmer que la contagion directe de la lèpre, si elle n'est pas le mode exclusif, en est du moins le mode certain. Au contraire, la contagion indirecte si elle est probable, n'est pas démontrée.

Voici donc, le germe apporté à l'organisme indemne. Celui-ci va-t-il devenir lépreux. En d'autres termes, le bacille, cause nécessaire, est-il en même temps, cause suffisante.

Dans certains cas, il est certain qu'il en est ainsi. Il est évident que dans une inoculation expérimentale, le rôle du terrain est très réduit. De plus, dans certaines conditions de virulence et de dose, le bacille, à lui seul, doit pouvoir faire de la lèpre.

Au Moyen-âge, n'était-ce pas des hommes robustes et de condition sociale parfois relevée, qui prenaient la lèpre ? Il n'en est pas moins vrai que là, comme ailleurs, le

rôle du terrain est considérable. Et en dehors de l'interprétation que nous avons donnée plus haut du cas de ce missionnaire, vivant 15 ans, au milieu des lépreux, avant de le devenir lui-même, l'influence des causes secondes, seule, peut expliquer de pareils faits.

Mais c'est surtout dans les pays européens, où les progrès de l'hygiène et les bienfaits de la civilisation ont élevé autant de barrières protectrices autour des sociétés modernes, mais où aussi les déchéances organiques relevant de l'alcoolisme, de la tuberculose, de la syphilis et du pauperisme, affaiblissent considérablement les individus, que les causes secondes ont une importance capitale.

B. — LE TERRAIN

Le premier facteur se rapportant au terrain, dont il nous faut discuter la valeur, c'est l'hérédité.

La lèpre est-elle une maladie héréditaire ?

La question a été très discutée, et il s'en faut que l'accord soit fait. Zambaco-Pacha s'est fait le défenseur de cette hérédité lépreuse qui, pour lui, devient le seul mode de transmission de la lèpre, et jusqu'à ces dernières années, il avait rallié à sa thèse la plupart des auteurs norwégiens.

Le problème est rendu difficile par l'incubation si longue de la lèpre. Qui distinguera une hérédo-lèpre tardive d'une lèpre apparaissant chez un enfant issu de parents lépreux. Il est vrai que les analogies de la lèpre sont bien plus grandes avec la tuberculose qu'avec la syphilis. Or, nous savons bien, aujourd'hui, que l'hérédité du germe tuberculeux est une rareté, que l'enfant naît « tuberculisable »

et non tuberculeux, comme l'a dit Peter. Aussi, la plupart des auteurs nient cette hérédité de graine et le professeur Besnier, à la Conférence de la lèpre, à Berlin, en 1897, reproduisant textuellement les termes du rapport de la Commission anglaise chargée d'étudier la lèpre aux Indes, concluait :

« 1° Aucun cas congénital n'a été publié, ni vu ;

2° L'histoire des familles lépreuses que l'on a pu obtenir ne comprend que 5 à 6 % des cas observés ;

3° Beaucoup d'observations ont été publiées d'enfants atteints de lèpre alors que les parents étaient en bonne santé ;

4° Le pourcentage des enfants issus de mariage entre lépreux, qui deviennent lépreux eux-mêmes, est trop restreint pour permettre d'affirmer la transmission héréditaire de la lèpre. »

En conséquence, la commission décidait qu'il n'y avait pas lieu d'empêcher les mariages entre les lépreux.

Pour ce qui est de l'hérédité de terrain, la question est encore plus discutée. L'enfant peut naître, en effet, sensibilisé à la lèpre, mais sans tare. Il peut naître avec des tares dûes aux troubles trophiques causés par l'imprégnation du fœtus. Il peut naître enfin bien constitué et sans présenter une réceptivité spéciale pour la lèpre.

Or, les divers auteurs sont loin d'être d'accord. La Commission anglaise conclua qu'il n'y avait aucune influence. On avait élevé des enfants issus de lépreux à l'Orphelinat de l'asile d'Almora et l'on n'avait constaté « aucune prédisposition héréditaire spécifique ».

Par contre, certains auteurs admettent cette prédisposition des descendants des lépreux à contracter la lèpre.

alors que d'autres admettent qu'ils y sont plus résistants. Enfin, la question des dystrophies par hérédo-lépreuse n'est pas réglée.

La question est à reprendre. Il est probable qu'il faut tenir compte du degré d'évolution de la maladie, surtout chez la mère.

Un point qui a été mis en valeur par beaucoup d'auteurs est l'immunité presque indéfinie que présentent beaucoup de femmes mariées à des lépreux, et ayant eu des enfants lépreux. On a pensé que cette immunité devait relever de la fameuse loi de « Colles », que l'on étendrait ainsi à la lèpre.

Nous ne pouvons pas nous prononcer sur cette grave question. Personnellement, cela nous semble peu probable. D'abord parce que la lèpre voisine avec la tuberculose, mais non avec la syphilis, au point de vue de son agent scientifique, et ensuite parce que la loi de Colles suppose l'hérédité réelle de la maladie. C'est l'infection du produit, l'hérédo-syphilis, qui conditionne l'immunité de la mère; or, nous venons de voir que les auteurs sont d'accord pour nier l'hérédité de graine, voire même de terrain, dans la lèpre. Ces conclusions sont donc contradictoires.

En dehors de l'hérédité, d'autres causes adjuvantes interviennent dans la contagion lépreuse.

L'âge, le sexe, la race ne nous retiendront pas. Ces facteurs n'ont aucune importance.

La profession en a peut-être davantage. M. Fay mentionne que tous les cagots, au moyen-âge, travaillaient le bois. Or, nos deux observations personnelles VI et VII se rapportent à deux ouvriers en bois.

S'agit-il d'une simple coïncidence, ou le fait de manier

le bois intervient-il réellement dans l'étiologie de la lèpre ? Nous n'avons trouvé aucun document sur ce point, ni même des renseignements suffisants pour établir un pourcentage. A priori, on ne peut concevoir ce rôle que de deux manières : l'une banale, à savoir la fréquence des plaies digitales chez ces ouvriers ; l'autre, plus complexe, et se rattachant au problème bactériologique que nous signalions précédemment : le bacille de Hansen a-t-il une forme saprophytique sous laquelle il persiste dans le milieu extérieur, dans la terre, sur certaines plantes ou sur le bois ? Nous n'en savons rien.

On a remarqué que la lèpre était fréquente chez les marins, et que dans les pays où elle existait, elle était surtout abondante sur les côtes. Il est difficile de dire si la profession de marin prédispose à la lèpre, mis à part ce fait important, qu'ils voyagent dans les pays lépreux. C'est, peut-être, pour une raison de même ordre que la lèpre est plus fréquente sur les côtes. Nous en reviendrions ainsi à la notion fondamentale d'où nous sommes partis, à savoir : « la lèpre suit les grands courants humains ». S'il y a de la lèpre en Bretagne, c'est que cette côte est en relations avec l'Islande. Et ainsi pour toutes les côtes. Néanmoins, on ne peut s'empêcher d'être frappé de la ténacité de cette maladie, dans les pays côtiers, alors qu'elle disparaît à l'intérieur du pays. On a invoqué, pour expliquer cette persistance de la lèpre sur les côtes, l'alimentation spéciale de ces populations côtières. Ceci nous amène à discuter l'influence de l'alimentation sur le développement de la lèpre.

Azoulay, en 1892, fit remarquer l'appétence considérable de certains lépreux pour le sel, alors qu'ils convenaient

eux-mêmes que cet abus aggravait leurs lésions. Le sel a-t-il une influence sur l'étiologie de la lèpre, et faut-il lui attribuer un rôle dans la grande fréquence de la lèpre chez les marins. Il faudrait rapprocher ce fait de l'immunité des missionnaires qui n'en consomment, pour ainsi dire, pas. Dans tous les cas, cette avidité pour le sel n'a pas été notée par les auteurs qui observaient aux Indes. Et d'autre part, au Brésil, aux Indes, la lèpre se développe également à l'intérieur du pays et sur les côtes.

On a incriminé la mauvaise alimentation. Cette théorie qui fait de la lèpre une maladie alimentaire, comparable à la pellagre, est déjà ancienne. Elle remonte au début des temps modernes, car, au moyen âge, lors des grandes épidémies, pas un auteur n'a mis en doute que la lèpre ne fut une maladie virulente, contagieuse.

Cette théorie alimentaire est certainement fausse. Comment, en effet, incriminer le mode d'alimentation (par exemple l'abus de poissons séchés que font les Islandais) dans l'étiologie d'une maladie qui s'étend aux cinq parties du monde.

A Rio-de-Janeiro, où la lèpre sévit terriblement, l'alimentation est aussi variée et aussi raffinée que dans nos villes d'Europe.

Nous concluons donc qu'en dehors de l'influence du sel, dont le rôle reste obscur, le mode d'alimentation n'a aucune influence sur l'étiologie de la lèpre.

Reste l'influence du *milieu social*. Nous n'hésitons pas à dire qu'elle est considérable. « La lèpre est une maladie de misère, écrivait Zambaco, et là où le bien-être augmente, la lèpre diminue, le linge chassera la lèpre ». Cette proposition est exacte, mais encore faut-il changer le terme

misère par celui de malpropreté. C'est le linge propre qui chasse la lèpre. Les lois les plus élémentaires de l'hygiène ne sont pas observées dans les pays à lèpre, du moins chez la majorité des indigènes. Ils constituent ainsi un foyer virulent où les autres sujets viennent se contaminer. C'est à la limite de la civilisation¹ que les Européens vont prendre la lèpre, écrit le docteur Ehlers. Ils ne faudrait pas croire que seuls les misérables prennent la maladie et qu'elle n'existe que dans les milieux non civilisés. Un de nos malades nous affirmait avoir toujours vécu dans un milieu propre, avoir toujours eu une alimentation convenable et être resté continent depuis son veuvage. Et, cependant, il avait pris la lèpre à Rio-de-Janeiro. Aux Indes, des officiers anglais sont parfois contaminés. Il suffit d'un quartier malpropre pour contaminer une ville moderne et d'un domestique lépreux pour contaminer une famille. Les indigènes atteints ne prennent aucun soin de propreté et ils sèment le bacille de Hansen autour d'eux. Aussi n'est-il pas étonnant que des sujets appartenant à des classes sociales relevées prennent la maladie, soit par contagion directe, soit par l'intermédiaire de parasites tels que les punaises. Il faut convenir que dans ces pays la vie comporte une promiscuité qui est inconnue à nos villes d'Europe.

Dans celles-ci où règne, à défaut de l'aisance, du moins la propreté, la lèpre est actuellement peu contagieuse. Elle y existe, mais n'y évolue guère. C'est ainsi qu'en France, à l'hôpital Saint-Louis, on a jamais constaté un seul cas de contagion. S'il n'y a pas d'isolement vrai, il n'y a pas non plus cette promiscuité qui semble si importante dans le développement de la lèpre. Il faut donc admettre que

les principes les plus élémentaires de l'hygiène constituent déjà une arme puissante contre cette maladie. En Europe même, on ne cite qu'un cas de propagation de lèpre dans un établissement hospitalier : à Riga. Il s'agissait d'une maison de bienfaisance où l'on avait placé deux lépreux. Ceux-ci moururent. Dix ans après, en examinant tous les malades, on découvrit trente-un lépreux (Arthur Reissner). Il est probable qu'il s'agissait de sujets affaiblis, entassés dans cet établissement qui ne devait, que fort rarement, recevoir la visite des inspecteurs d'hygiène.

En France, dans les quartiers propres des villes actuelles, on ne conçoit pas comment la lèpre pourrait se développer — mais que l'on ne s'y trompe pas —, que l'on traverse certaines campagnes arriérées ou que l'on s'enfonce dans les quartiers pauvres de nos grandes villes, que l'on pénètre dans des logements ouvriers où toute une famille s'abrite dans une seule pièce, que l'on aille jusqu'aux fond de ces taudis, que le soleil lui-même ne désinfecte jamais, et où des milliers d'individus de toutes provenances associent leurs misères, et l'on comprendra comment ces foyers insoupçonnés peuvent être le point de départ de nouvelles épidémies de lèpre.

Il nous reste à étudier les mesures de prophylaxie sociale qui découlent de ce qui précède.

CHAPITRE II

La Prophylaxie lépreuse

Par l'étude de la lèpre en France à notre époque, par l'observation clinique qui nous a *fait voir la multiplication des cas de lèpre au voisinage des lépreux* (Cornil), nous avons démontré que « cette maladie devenait, en France même, un véritable danger » pour reprendre l'expression du professeur Hallopeau que nous rapportions au début de ce travail. Aussi avons-nous conclu avec tous les auteurs français : Leloir, Besnier, Jeanselme, etc..., à la nécessité « d'engager résolument la lutte contre le fléau. »

Or, toute prophylaxie, pour être efficace, et ne nécessiter que des mesures utiles, doit s'appuyer sur la connaissance du déterminisme exact de la contagion. C'est pourquoi nous avons étudié les modes de la contagion lépreuse. Mais si, en 1888, le professeur Besnier pouvait dire : « Grâce aux travaux modernes, la lèpre est définitivement entrée dans sa période scientifique », il nous faut reconnaître qu'aujourd'hui encore, les espérances qu'on fondait sur la découverte du bacille de Hansen ne se sont pas réalisées. C'est que la lèpre, entrée, il y a

quarante ans, dans sa *période scientifique*, attend encore l'heure de sa *période expérimentale*.

Sans doute, le mot de Leroy de Méricourt, « tout est mystère, tout demeure obscur dans l'étiologie de la lèpre » n'est plus entièrement vrai; mais il faut convenir que nous n'avancions que très lentement dans la découverte de la contagion lépreuse.

Sans traitement spécifique, sans prophylaxie appuyée sur la connaissance exacte du mode de transmission de la lèpre, qu'allons-nous faire ?

L'expectative, dans l'attente du vaccin plus fort que le mal, serait peut-être dangereuse. Il nous semble que ce que nous savons de la contagion lépreuse nous fournit déjà des armes suffisantes pour lutter efficacement contre la lèpre.

« La lèpre vient du lépreux ». Cette proposition du professeur Besnier, que nous avons vérifiée si souvent au cours de cette étude, résume toute l'étiologie, et, partant, doit dominer toute la prophylaxie de la lèpre. C'est d'ailleurs cette proposition, empiriquement admise, qui a été le principe de la lutte entreprise par le moyen-âge contre la lèpre. Sans vouloir faire ici l'étude complète de cette lutte, nous en discuterons tout d'abord les résultats. Nous analyserons ensuite les moyens mis en œuvre dans les pays scandinaves, pour lutter contre l'extension de la lèpre, et les résultats obtenus.

Enfin, nous terminerons en indiquant quelles sont les mesures qui, tout en étant adaptées aux conditions sociales modernes, mettront notre pays à l'abri de la lèpre.

1° *Prophylaxie de la lèpre au moyen-âge.*

Dans toute l'antiquité et au moyen-âge, ce fut au lé-

preux qu'on s'attaqua. On pratiqua l'isolement systématique du lépreux dans la société, disons plus : on le re-trancha de cette société. *Morte la bête, mort le venin*, telle était la formule qu'on appliquait, sans la prononcer, et que Leroy de Méricourt prêtait ironiquement aux contagionistes, en 1888, pour mieux faire triompher ses idées. On a beaucoup décrié cette lutte contre le lépreux, déjà établie dans la loi mosaïque, et qui fut l'arme légale avec laquelle la société se défendit contre la lèpre durant dix siècles. Et pourtant, que l'on songe à cette société, ravagée par les épidémies, ignorant jusqu'à la cause première de la maladie qui la frappait, et l'on ne pourra s'empêcher d'admirer la méthode avec laquelle on pratiqua cette lutte, et les résultats qui en furent la conséquence. Sans doute, des exagérations se produisirent. Et à qu'elle époque n'a-t-on pas proportionnés les moyens qu'on employait contre un fléau à la crainte qu'il inspirait. Ainsi, cette mise hors le monde, et hors le siècle, sanctionnée par nos Codes et figurée par la grandeur tragique des cérémonies religieuses, fut une cruauté inutile. Mais que l'on ne s'y trompe pas. Derrière ces apparences bien faites pour frapper l'imagination d'une foule qui prêtait une puissance mystérieuse aux forces inconnues en lutte avec l'homme, les pouvoirs ecclésiastiques et civils organisèrent méthodiquement la prophylaxie contre la lèpre. Depuis le code de Rotharis jusqu'à l'édit de Louis XIV en 1693, toutes les législations ont apporté leur solution au problème. Ce fut le système des quarantaines qui fut adopté.

Les lépreux furent relégués hors des villes, dans des lazareths qui prirent le nom de léproseries. Ils y furent étroitement maintenus durant toutes les grandes épidé-

mies. Lorsque le fléau diminua — et la crainte avec lui — la réclusion se relâcha. Néanmoins, ils ne pouvaient se mêler aux autres hommes, toucher avec leurs mains les objets usuels ou les aliments destinés aux sujets sains. Ils vivaient à part, n'ayant d'autres liens avec la société que leurs aumôniers et les servantes des maladreries. Ces dernières étaient des femmes de condition moyenne — en général — qui, volontairement, se consacraient au service des maladreries. Elles constituèrent un véritable corps d'infirmières laïques reconnues par les autorités civiles et ecclésiastiques. Ces servantes, chargées de pourvoir à tous les besoins matériels des ladres, portaient le costume des lépreux. Elles ne touchaient les aliments ou les objets qu'elles achetaient qu'avec une baguette, elles ne se mélangeaient pas au reste de la population.

Donc, on peut dire que les sujets internés dans les léproseries étaient réellement séparés du reste de la société, et que même leur personnel domestique était isolé.

Nous avons démontré, par ailleurs (1^{re} partie, chap. 1^{er}), que c'était bien des lépreux qu'on isolait ainsi — à quelques erreurs près — et nous avons montré, à ce propos, que les médecins du moyen-âge distinguaient très nettement diverses catégories : les cas certains, qui étaient internés immédiatement; les cas douteux et suspects qui étaient, pour ainsi dire, mis en observation. Nous insistons sur ce point, car trop souvent on a attaqué l'isolement au moyen-âge, avec une acrimonie inconcevable. Voici un passage de Guy de Chauliac indiquant les diverses conduites à tenir selon les cas :

- 1° S'il (le médecin) trouve quelques signes équivoques diminuez, il le faut commander familièrement et

secrettement qu'il se tienne en bon régime et ait conseil du médecins.

2° Mais s'il y a plusieurs signes équivoques... doivent être aigrement menacés qu'ils tiennent bon régime et aient bon conseil des médecins, qu'ils demeurent en leur borie et métairie, et ne s'ingèrent fort avec le peuple, car ils entrent en ladrerie.

3° Et s'ils ont plusieurs signes équivoques et plusieurs univoques, avec bonnes paroles consolatoires ils doivent être séquestrez du peuple, et conduits à la maladrerie.

(Pansier, *Fr. Médicale*, 10 août 1911).

Ceci a été écrit au XIV^e siècle. Il faut convenir que, pour vivre à une époque d'obscurantisme, Guy de Chauliac n'en était pas moins un expert médico-légal des plus remarquables.

Ainsi, l'isolement des lépreux fut pratiqué méthodiquement durant tout le moyen-âge. Voyons quels résultats en furent la conséquence.

Au XIII^e siècle, on vit, en France, le nombre des léproseries s'élever à deux mille, traduisant ainsi la recrudescence formidable de l'endémo-épidémie qui suivit la rentrée des armées croisées. Un siècle plus tard, l'épidémie était conjurée et l'endémie allait décroissante.

Ce résultat était-il donc dû à l'extinction naturelle du fléau ? Mais, dans ce cas, pourquoi aujourd'hui voyons-nous aux Indes, au Brésil, en Australie, où la lutte est mal organisée, la lèpre s'étendre sans cesse.

Était-ce dû aux progrès de la thérapeutique ? Qui ne pensera que les infusions de véronique qu'employait le

moyen-âge, devaient être au moins aussi inefficaces que l'huile de Chaulmoogra que nous employons aujourd'hui.

Serait-ce dû aux progrès de l'hygiène générale ? Les faits ne parlent pas dans ce sens, puisque, au contraire, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que les soins du corps, l'usage des bains, par exemple, assez en honneur jusqu'au XII^e siècle, alors que persistait encore l'influence de la civilisation romaine, le furent beaucoup moins dans la France monarchique.

Reste donc que l'isolement, tel qu'il a été pratiqué en France, au moyen-âge, a été efficace ; et il l'aurait été davantage si les médecins de l'époque avaient pu soupçonner la nature du mal, et avaient redouté les cas frustrés au même degré que les cas les mieux caractérisés. Les médecins du moyen-âge ne pouvaient pas s'attacher à la destruction du germe hors du lépreux, puisque cette notion ne devait naître qu'avec Pasteur.

2° *Prophylaxie de la lèpre, dans les pays scandinaves.*

— C'est en Norvège, où la lèpre persistait assez abondante, que naquit la prophylaxie moderne de cette maladie. Lorsqu'en 1871, Hansen découvrit le bacille de la lèpre, il en concluait qu'il s'agissait d'une maladie infectieuse, contagieuse, et partant il établissait la nécessité de reprendre l'isolement des lépreux. Il n'entraîna d'ailleurs pas tout de suite la conviction de ses compatriotes, qui admettaient que la lèpre était une maladie héréditaire, et, cependant, par un phénomène de contradiction assez curieux, les Norvégiens, non-contagionistes, établirent l'isolement dans leur pays. Lorsqu'ils en virent les résultats, ils « changèrent d'avis », comme le disait à l'Académie de Médecine, Constantin-Paul, qui ne pouvait pas comprendre ce fait.

Toujours est-il qu'en 1896 le docteur Ehlers rendait hommage à Hansen, en disant : « La lèpre est une maladie contagieuse et non héréditaire. C'était le point de vue d'Armauer Hansen qui était le bon (Armauer Hansen's Shandhunkt ist der richtige. Etiologisch. Stud. über. der Lepra).

Voici, en effet, des chiffres, dûs au docteur Ehlers qui démontrent éloquentement cette efficacité de l'isolement, pour la prophylaxie lépreuse.

Il y a en Norvège, d'après la statistique la plus récente :

en 1911.....	360 lépreux	
Il en avait en 1896.....	680	—
— en 1857.....	3.000	—

L'isolement a été établi entre ces deux derniers chiffres.

Si nous considérons la marche de la maladie en Islande, nous trouvons une statistique encore plus éloquente, si c'est possible.

La plupart des lépreux étant morts en 1846, lors d'une épidémie de Rougeole, on ferma les léproseries en 1848. Au recensement de 1876, on comptait quarante-trois lépreux. Les autorités déclarèrent qu'avant peu la lèpre serait éteinte en Islande. Or, en 1898, 50 ans après la fermeture des léproseries, et malgré la prophétie officielle, on comptait deux cents lépreux dans l'île.

Sous la direction du docteur Ehlers, comme nous le dirons plus bas, on reprit l'isolement, et depuis la lèpre a recommencé à décroître (Fischet, arc. méd. nav. 1911). En Suède, l'évolution fut identique.

Les résultats de l'isolement sont donc indiscutables et c'est ce qu'exprimait le docteur Vidal à l'Académie de Médecine, en 1888, lorsqu'il disait : « En ce moment la

Norvège, confirmant les enseignements d'une expérience séculaire, nous démontre, une fois de plus, l'incontestable efficacité des mesures de prophylaxie individuelles et administratives ».

Maintenant que nous connaissons les résultats de cette prophylaxie, voyons par quels moyens ils furent obtenus. (Les renseignements qui suivent sont empruntés à un travail récent de M. le docteur Jablonski, sur la lèpre en Norvège).

1° La déclaration de la lèpre est obligatoire. Les médecins de district surveillent les lépreux de leur circonscription et en tiennent registre. Ces malades sont astreints à certaines précautions : bains et lotions antiseptiques. Désinfection fréquente des vêtements, du linge et des objets qui pourraient contaminer l'entourage. S'ils ne peuvent ou ne veulent s'y soumettre ils sont placés d'office à l'hôpital spécial.

2° Les commissions sanitaires et les autorités communales ont le droit d'obliger les lépreux à s'isoler dans leur demeure. S'ils refusent ou s'ils sont dans l'impossibilité de le faire, les autorités peuvent les contraindre à entrer dans un asile spécial. C'est donc l'administration qui décide si les lépreux doivent rester libres ou non, sur le territoire.

3° Les hôpitaux pour lépreux sont spéciaux à ces malades. A Bergen, la léproserie comprend deux quartiers, celui des hommes et celui des femmes. Les malades des deux sexes peuvent se promener ensemble dans les jardins.

Les malades ne peuvent sortir sans une permission spéciale du directeur. On n'accorde que des permissions de courte durée (deux ou trois jours) et pour des motifs graves.

4° L'internement à la léproserie n'est pas obligatoire,

pourvu que les malades se conforment aux prescriptions énoncées ci-dessus.

5° Les unions entre lépreux sont permises, à condition que les enfants soient, dès leur naissance, soustraits à la contagion familiale. Les enfants des lépreux sont admis dans les écoles, mais ils sont l'objet d'une surveillance spéciale.

Telles sont les mesures qui ont permis d'arrêter la marche de la lèpre dans les pays scandinaves. Il faut y ajouter la part de l'initiative privée. C'est sous l'influence des auteurs scandinaves et, surtout, du docteur Ehlers, de Copenhague, que s'organisèrent ces ligues dont les membres doivent lutter de tous leurs moyens contre le développement de la lèpre.

En Livonie, la « Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra » a instruit l'élément populaire de l'existence de la lèpre dans cette région et des dangers qu'elle y fait courir. Elle a construit une léproserie de 280 lits, où les malades viennent spontanément se faire soigner ; aussi la lèpre a-t-elle diminué dans cette région.

En Islande, la société philanthropique des « Odd-Fellows » a rempli le même rôle et obtenu les mêmes résultats.

Après une telle démonstration, « l'abstention de toutes mesures prophylactiques vis-à-vis d'un fléau qui nous menace est criminelle » (Kermorgant). Nous n'insisterons pas ici sur la lutte entreprise dans nos colonies. Dans ces pays, à la limite de la civilisation, comme le dit le docteur Ehlers, où la nature des populations rend la police sanitaire impossible et toutes les prescriptions hygiéniques précaires, le système des lazarets doit être appliqué dans toute sa rigueur. Mais, dans la métropole et dans les conditions

actuelles, l'hygiène générale et individuelle nous fournit des armes pacifiques suffisantes pour enrayer la marche de la lèpre.

3° *Prophylaxie de la lèpre en France.* — Dès l'année 1888, Leloir déclarait à l'Académie Française que « toutes les nations, soucieuses de la santé de leurs habitants, devaient imiter la Norvège dans sa prophylaxie contre la lèpre ». Et pourtant, aujourd'hui encore, rien n'a été fait en France dans ce sens. La lèpre ne figure même pas sur la liste des maladies dont la déclaration a été rendue obligatoire par la loi de 1902 sur la santé publique. Nous croyons que l'heure est venue de combler cette lacune de notre législation et de prendre des mesures qui constitueraient en quelque sorte l'ébauche « d'un code sanitaire international » (Jeanselme). En nous appuyant sur ce que nous savons de la contagion lépreuse et sur ce que nous ont appris les expériences faites par les pays européens sur la prophylaxie lépreuse, nous sommes conduits à préconiser les mesures suivantes.

A. — MESURES D'HYGIÈNE GÉNÉRALE.

Ces mesures d'hygiène générale peuvent être individuelles ou sociales.

La première chose à faire est, en effet, de développer, autant qu'on le peut, les notions d'hygiène générale — de propreté, pourrait-on dire — chez les individus. Ces notions élémentaires doivent être certainement très efficaces contre une maladie qui recule « devant le linge ». Nous n'insisterons pas sur ce chapitre qui relève autant de l'initiative privée que de l'instruction populaire.

Pour ce qui concerne l'hygiène sociale, on songera que

c'est dans les taudis, où règnent l'encombrement et la misère,* que la lèpre trouve son meilleur milieu de culture. On s'attaquera donc aux logements insalubres où vivent dans une promiscuité lamentable des centaines d'individus. Suivant l'exemple que nous donnent Londres, Budapesth et les leçons que les Allemands ont réunies dans leur exposition d'hygiène de Dresde, on construira, à côté des capitales, des cités ouvrières conformes aux grands principes de l'hygiène moderne.

B. — MESURES D'HYGIÈNE SPÉCIALE.

1° *La déclaration obligatoire.* — La lèpre doit être inscrite parmi les maladies à déclaration obligatoire. A l'intérieur du pays, c'est le médecin traitant qui fera la déclaration. Dans les ports maritimes, les médecins de navires devront être tenus de faire la déclaration des cas de lèpre qu'ils auraient constatés pendant la traversée. Dans ces ports, on créera un poste spécial, occupé par un médecin au courant des questions de lèpre et qui surveillera l'immigration à ce point de vue. Tout immigrant, chez qui la lèpre est diagnostiquée, est mis en demeure de choisir entre ces deux alternatives :

- a) Etre rapatrié en pays lépreux;
- b) Etre placé d'office à l'hôpital spécial pour y être soigné temporairement ou indéfiniment, selon que le malade est ou n'est pas sujet français.

Pour les sujets établis dans le pays, il faut distinguer diverses éventualités.

2° *Isolement à l'hôpital.* — Lorsqu'il s'agit d'un lépreux à forme tuberculeuse ou mixte, en pleine poussée aiguë, ayant de la bacillémie, par conséquent ayant également

des tubercules ulcérés, et surtout un écoulement nasal riche en bacilles, en un mot, s'il s'agit d'un *lépreux ouvert*, nous n'hésitons pas à déclarer *qu'on devrait avoir le droit* de l'isoler à l'hôpital spécial, quelque soit sa position sociale. En Suède et Norwège, cet isolement à l'hôpital est passé dans les mœurs. Une personne, même fortunée, qui a la fièvre typhoïde (Thèse du docteur J. Bertet, Lyon 1909), va se faire soigner à l'hôpital. Dans notre pays, rien de semblable. On objectera que, dans ces conditions, on peut faire la désinfection à domicile, entourer le malade d'une véritable barrière sanitaire. Nous croyons que c'est là une illusion, un trompe-l'œil. M. le professeur Courmont écrivait, en effet, à l'occasion du lépreux, dont nous avons rapporté l'observation : « Comme médecin, comme hygiéniste, mais surtout comme chargé de l'inspection de l'hygiène publique dans notre département, aux prises journalières avec les difficultés pratiques d'application de la loi de 1902, je suis de plus en plus convaincu que la base de la prophylaxie, pour beaucoup de maladies infectieuses, doit être l'isolement à l'hôpital ou à la maison de santé. En présence des résultats insuffisants, obtenus par les méthodes actuelles, je ne crains pas d'affirmer qu'il faut aller plus loin dans la voie de l'isolement... »

La surveillance du contagieux à domicile est difficile et souvent incomplète. Nous n'aurons raison de certaines épidémies que le jour où nous pourrions isoler sérieusement les malades, hâtivement et jusqu'à leur guérison bactériologique; or, la loi ne nous en donne pas le pouvoir. Actuellement, on ne se fait plus opérer chez soi, on va à l'hôpital ou à la maison de santé chirurgicale. La

même évolution doit se faire dans le domaine du traitement des maladies contagieuses » (Compte-rendu Acad. méd. 1910).

En effet, décider que si le malade est fortuné il restera chez lui, c'est s'exposer à de grands déboires. Comme nous le disions plus haut, le malade à domicile ne fera pas faire les désinfections rigoureuses, il ne prendra pas les précautions nécessaires pour empêcher la diffusion des germes dont il est porteur, et l'entourage n'en prendra guère plus. On s'exposera à voir se multiplier, autour du premier sujet, les porteurs de bacilles, comme l'a montré Kitasato au Japon. Ceux-ci, à leur tour, le propageront plus loin, et l'on ne peut dire où cela s'arrêtera.

Done, pendant la période aiguë, où le malade émet le bacille en grandes quantités par ses lésions nasales ou cutanées, l'isolement à l'hôpital spécial s'impose.

3° *Surveillance à domicile.* — Pour les malades moins gravement atteints, ou dans les phases d'arrêts de la maladie, nous croyons que la surveillance à domicile est suffisante, pourvu que le malade consente à prendre les précautions imposées : soins de la peau et des voies nasales, désinfection des objets et des vêtements qui lui servent. Le malade devra, autant que possible, vivre à l'écart.

L'entourage sera examiné à intervalle fixe au point de vue bactériologique, de façon à dépister les porteurs sains de bacilles.

3° En aucun cas, l'action légale ne peut intervenir dans la constitution des mariages entre lépreux ou entre sujets lépreux et sujets sains.

4° Les enfants seront, autant que possible, soustraits à la contagion familiale. Ils ne seront admis dans les écoles

qu'a la condition de présenter un certificat médical constatant qu'ils n'ont pas la maladie et qu'ils ne sont pas porteurs du germe.

5° On construira dans les grands centres et dans les ports maritimes un pavillon spécial d'isolement pour lépreux. On s'efforcera d'y améliorer le plus possible le sort du lépreux.

Ces établissements, sorte d'instituts léprologiques, seront dotés d'un personnel médical et infirmier spécialement instruit de cette maladie.

6° Enfin on encouragera l'initiative privée de façon à éclairer les intéressés des dangers qu'ils courent et des moyens qui sont à leur disposition pour se protéger.

En dehors des établissements publics, on autorisera tout établissement privé établi sur le type des sanatoriums, et où les malades fortunés, qui répugnent d'entrer à l'hôpital, mais aussi de rester dans leur famille pour laquelle ils sont un danger, pourraient se faire soigner.

Cette initiative privée est très en retard dans notre pays. A ce propos, nous ne pouvons nous empêcher d'établir une comparaison entre ce qui s'est passé, dans cet ordre d'idées, aux pays scandinaves et en France.

Dans les premiers, sous l'influence du docteur Ehlers, les léproseries sortent de terre, les malades viennent d'eux-mêmes se faire soigner, le fléau est, par tous les moyens, combattu.

En France, en 1900, le docteur Dom Sauton veut établir avec ses deniers, à Ronceux (Vosges), un sanatorium pour lépreux. Il se heurte à des difficultés aveugles, qui le forcent à renoncer à son projet, bien que le Comité consul-

tatif d'hygiène de France et de l'Académie de Médecine en aient adopté le principe.

Telles sont les quelques mesures d'hygiène générale et spéciale qui suffiront à nous préserver de la lèpre. Elles ne rappellent que de très loin les procédés énergiques du moyen-âge. Nous ne devons pas les négliger cependant. Et, en attendant que l'heure sonne de la période expérimentale de la lèpre, qui nous apportera son vaccin avec les règles exactes de sa prophylaxie, nous concluerons avec le professeur Besnier (à la Conférence de Berlin, en 1897), que si l'on veut sauvegarder l'intérêt public, l'on ne doit pas hésiter à appliquer ces mesures, dans toute leur rigueur, sans jamais faillir pour cela aux principes de la liberté de l'homme et de la charité humaine.

CONCLUSIONS

- I° La lèpre, qui, durant dix siècles, a été d'abord épidémique, puis endémique, en France, y existe encore aujourd'hui.
- II. La lèpre actuelle reconnaît deux origines :
 - a) les foyers autochtones, situés dans les régions les plus pauvres et les plus arriérées;
 - b) les foyers hétérochtones, qui existent dans les ports maritimes et au cœur des plus grandes villes.
- III. La lèpre actuelle est une maladie endémo-épidémique à faible génie épidémique.
- IV. La lèpre n'est pas encore entrée dans sa période expérimentale, et le déterminisme exact de la contagion lépreuse nous échappe encore. Les seuls points établis sont :
 - a) L'origine du bacille de Hansen, dans le milieu extérieur, est le « lépreux ouvert »;
 - b) La contagion directe est certaine;
 - c) La contagion indirecte est probable;
 - d) Le tégument cutané, le derme étant à nu, semble être la porte d'entrée habituelle du virus lépreux.

V. Des mesures prophylactiques s'imposent dans notre pays. Nous préconisons :

- a) La déclaration obligatoire et la surveillance de l'immigration ;
- b) L'isolement à l'hôpital des cas « ouverts », en poussées aiguës ;
- c) La surveillance, à domicile, des porteurs de bacilles ;
- d) Le mariage entre lépreux est autorisé.

VU :

Le Président de la Thèse,

J. COURMONT.

VU :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Maladie de Morvan ou Lèpre (*G. des Hôp.*, 1891).
- AUDRY et DALOUS. — Hyperkeratose circonscrite des doigts chez un syringomyélique (*Soc. franç. de derm. et de syph.*, 1902).
- AZOULAY. — Rôle du sel dans l'étiologie de la lèpre (*Sem. méd.*, 1892).
- BABINSKI. — La névrite lépreuse (*in manuel Achard-Debove*, 1905).
- BÉRILLON. — Lèpre mutilante autochtone (*Assoc. franç. pour l'avanc. des Sciences*, 1893).
- BERNHEIM. — Deux cas de lèpre autochtone (*An. derm. et syph.*, 1894).
- BESNIER. — Projet de création d'un sanatorium en France. *Lépra*, 1902.
- Rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la lèpre (*Ann. derm. et syph.*, 1897).
- L'étiologie de la lèpre (*Compte-rendu Acad. Méd.*, 1888).
- BORDIER. — La Géographie médicale.
- BOUCHET (Guillaume). — Les Serees (1854).
- BROCQ. — Etude sur la lèpre (*Ann. derm. et syph.*, 1885).
- BRÜHL. — Contributions à l'étude de la Syringomyélie (*Thèse Paris*, 1894).
- CAUDAMATIS. — Un type intermédiaire entre la lèpre, la syringomyélie et la maladie de Morvan (*Progrès médical*, 1898).

- CHAUFFARD. — Lèpre systématisée à forme nerveuse simulant la syringomyélie (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1892).
- CHANTEMESSE et MORIEZ. — La lèpre dans l'ancien comté de Nice (*Compte-rendu Ac. Méd.*, 1888).
- CONFÉRENCE INTERNATIONALE DE LA LÈPRE A BERLIN, 1897 (*Comptes-rendus des travaux in Ann. de dermat. et syph.*, 1897).
- J. COURMONT. — Sur un cas de lèpre contagieuse (*Bull. Acad. méd. et Lyon Médical*, 1910).
- DANIELSEN. — Traité de la Sphedalsked ou éléphantiasis des Grecs.
- DEBOVE. — Maladie de Morvan ou lèpre (*Soc. méd. des hôp.*, 1893).
- DU CASTEL. — Un cas de lèpre autochtone (*Ann. dermat. et syph.*, 1895).
- DUVAL, CLEGG et GURD. — Production de la lèpre chez le singe (*Sem. médicale*, 1911).
- EHLERS. — *Ätiologisch. stud. über lepra* (1896).
- et BOINET. — Un vieux foyer de lèpre dans les Alpes-Maritimes.
- et CANHEIM. — *Lepra*, 1901.
- ETIENNE. — Deux cas de lèpre autochtone (*Ann. dermat. et syph.*, 1896).
- H. FAY. — La lèpre dans le sud-ouest de la France (*Thèse Paris*, 1907).
- Les cagots du sud-ouest. *Esculape*, sept. 1911).
- Quelques saints guérisseurs de la lèpre en France (*Bull. Hist. Méd.*, 1907).
- FISCHET. — La lèpre en Islande (*Arch. méd. nav.*, 1911).
- GAUSSET et LÉVY. — Syringomyélie ou lèpre ? (*Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1896).
- HALLOPEAU. — La lèpre, in *Traité méd. Brouardel et Gilbert*.
- et JEANSELME. — Un Haïtien guéri de lèpre, mort de tuberculose rapide (*Presse méd.* 1900).
- HANSEN (Armauer). — A propos de la lèpre et de la syringomyélie (*Sem. méd.*, 1893).
- HÉRY. — Les léproseries dans l'ancienne France (*Th. Droit, Paris*, 1896).
- JABLONSKI. — La lèpre en Norvège (*Poitou méd.*, oct. 1911).

- JEANSELME. — Arch. Lèpre, in prat. dermatolog. Brocq-Besnier-Jacquet.
- Les courants d'expansion de la lèpre (*Gaz. des hôp.*, 1902).
- et LAURENS. — Localisation de la lèpre sur le nez, le larynx, le pharynx (*Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1894).
- et P. MARIE. — Recherches sur les lésions des cordons post. de la moelle dans la lèpre (*Rev. de neurologie*, 1898).
- et MILIAN. — De l'adénopathie sus-épitrochléenne dans la maladie de Morvan (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1898).
- KALINDERO et MARINESCO. — Des rapports de la lèpre avec la maladie de Morvan et la syringomyélie (*Congr. internat. de méd. de oscou*, 1897).
- LAGNEAU. — Art. Cagots du dict. encyclop. Dechambre.
- LALLEMAND. — Histoire de la charité en France, t. III.
- LELOIR. — Traité théorique et pratique de la lèpre, 1886.
- LEROY DE MERICOURT. — Sur l'étiologie de la lèpre (*Comptendu Acad. de méd.*, 1888).
- LONG et VALENCY. — Un cas de lèpre autochtone chez un Breton.
- LEBŒUF. — Le bacille de Hansen dans le mucus nasal des lépreux. *Communic. de la commiss. de la lèpre en Nouvelle-Calédonie* (*Bull. Soc. path. exot.* 1911).
- MARESTAN. — Diagnostic différentiel de la lèpre et syringomyélie (*Rev. méd.*, 1891).
- PANSIER. — Les procès en suspicion de lèpre dans la région d'Avignon aux XIV^e et XV^e siècles. (*France méd.* 1911).
- PITRES. — Lèpre en Gironde à notre époque (*Soc. Méd. Hôp. Bordeaux*, 1902).
- PLATEAU. — Recherches historiques et topographiques sur la lèpre en Bretagne (*Th. Paris*, 1904).
- RAMBAULT. — Fondation de la léproserie de Vouillé (*Bull. hist. méd.*, 1909).
- L'aumônerie Saint-Lazare à Poitiers (*France méd.*, 1911).
- SEVESTRE. — Lèpre probable sans anesthésie (*Soc. Méd. Paris*, 1893).

- SPRONCK. — Culture du bacille de Hansen et séro-diagnostic de la lèpre. (*Sem. méd.*, 1898).
- SANDERS. — Rôle des puces et des punaises dans la contagion lépreuse (*Sem. méd.*, 1911).
- THIBIERGE. — Art. Lèpre, in Charcot-Bouchard-Brissaud.
- ZAMBACO-PACHA. — Voyage chez les lépreux, Paris, 1891.
- La lèpre en Bretagne (*Bull. Ac. méd.* 1893).
- La lèpre dans le midi de la France (*Bull. Ac. méd.*, 1893).
- Ainhum et Lèpre (*id* 1896).
-



